
R.C.P. EDINBURGH LIBRARY
R27807L0236

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES OBSESSIONS ET DES IMPULSIONS

A L'HOMICIDE ET AU SUICIDE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
OBSESSIONS ET DES IMPULSIONS A L'HOMICIDE
ET AU SUICIDE
Chez les dégénérés au point de vue médico-légal

PAR

Le Docteur Georges CARRIER

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon
Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Lyon
Interne des Asiles de la Seine



PARIS

AUX BUREAUX DU PROGRÈS
MÉDICAL
14, rue des Carmes, 14

FÉLIX ALCAN
ÉDITEUR
108, boulevard Saint-Germain, 108

1899

AVANT-PROPOS

Parmi les multiples états syndromiques que présentent les dégénérés, les obsessions et les impulsions à l'homicide et au suicide sont à juste titre intéressantes par les graves conséquences qu'elles entraînent au point de vue médico-légal et social. Notre maître, M. Magnan, a bien voulu nous donner l'idée d'approfondir ce sujet pour notre thèse inaugurale; nous l'en remercions bien vivement.

La tâche est lourde, car depuis Pinel et Esquirol, nombreux sont les auteurs qui se sont occupés de cette question et l'ont fouillée.

N'y a-t-il pas, en effet, de multiples intérêts qui se rattachent à cette étude? Tout d'abord le terrain sur lequel se développent ces états morbides; car, si pendant longtemps la théorie des monomanies a régné en maîtresse, ne tend-on pas, depuis les travaux de Morel

et ceux de l'école de Sainte-Anne, à prouver qu'en pathologie mentale la donnée étiologique est la condition primordiale, et par-dessus tout, l'hérédité ?

Longue est la liste des états héréditaires, et chaque jour, elle s'accroît davantage; c'est une haute échelle dont chaque échelon représente un état morbide dont la complexité ne fait que croître pour arriver au degré ultime que nous représente l'idiot.

Quelle que soit la simplicité ou la complexité de ces états, ils relèvent d'une même cause, leur terrain est le même, l'échelle est faite du même bois, c'est la dégénérescence mentale; l'individu qui est marqué de son sceau est un dégénéré. Ces malades portent de leur état de dégénérescence, des marques indélébiles, soit physiques, soit psychiques ; l'obsession et l'impulsion en général, les obsessions et les impulsions au suicide et à l'homicide en particulier en sont des stigmates psychiques et constituent un des syndromes épisodiques de la dégénérescence mentale d'après M. Magnan.

Non moins intéressante est l'étude de la physiologie pathologique des obsessions et impulsions au suicide et à l'homicide.

Les théories sont nombreuses et brillantes; nous les passerons en revue sans pouvoir nous y arrêter longuement, car ce n'est pas là le but de notre thèse.

Nous nous efforcerons surtout d'étudier cliniquement ces phénomènes morbides ; car un diagnostic inébranlable est de toute nécessité au point de vue

médico-légal et social. Les malades dont il s'agit sont ordinairement intelligents et ont une parfaite conscience de leurs obsessions ou des actes qu'ils commettent, quelle qu'en soit l'atrocité. Voilà le caractère principal de ces états morbides.

Ce n'est pas sur les idées obsédantes qu'ils présentent ou sur les actes dont ils se sont rendus coupables que doit s'appuyer le diagnostic, mais sur l'étude bio-pathologique de l'individu.

Connaître le terrain sur lequel se sont développées l'obsession ou l'impulsion suicide ou homicide, voilà l'essentiel. Or, ces phénomènes, comme nous le disions précédemment, doivent être regardés comme un stigmate de dégénérescence, et nous ajoutons : ils ne peuvent apparaître que chez les dégénérés. Donc, savoir reconnaître la dégénérescence mentale chez des individus qui, la plupart du temps, sont intelligents et ne présentent en apparence aucun trouble mental, voilà le nœud de la question.

En examinant ces malades d'une façon superficielle, on s'expose aux plus graves conséquences judiciaires; c'est ainsi que l'on trouve dans les annales de la justice de nombreuses condamnations d'individus parfaitement irresponsables.

L'irresponsabilité de ces impulsifs est, en effet, absolue, et la société doit les empêcher de nuire aux autres comme de se nuire à eux-mêmes.

Elle a un autre devoir, celui de les soigner. Nous ver-

rons quels sont les moyens qu'elle a en son pouvoir pour arriver à ce double but.

Mais auparavant, qu'il nous soit permis d'exprimer notre gratitude aux maîtres qui nous ont dirigé dans le cours de nos études médicales.

Et d'abord, ces remerciements s'adressent à nos maîtres de l'Université de Lyon, qui, non contents de nous avoir prodigué leur enseignement, nous ont toujours donné des marques de bienveillante sympathie.

Que M. le professeur R. Tripier daigne accepter ce modeste hommage de notre reconnaissance.

M. le Dr Bouveret nous a toujours montré un bienveillant intérêt pendant le semestre d'externat que nous avons passé dans son service à l'Hôtel-Dieu. Nous nous souviendrons toujours des excellentes leçons qu'il nous a données.

M. le Dr Briand, médecin en chef à l'asile de Villejuif, dont nous avons l'honneur d'être l'interne, a guidé nos premiers pas dans la médecine mentale. Il a été, pour nous, non seulement un maître éclairé. mais il nous a donné des marques d'intérêt et de sympathie dont nous le remercions bien vivement. Nous n'oublierons jamais les deux excellentes années passées auprès de lui (internat 1898-99 — 1899-1900) ; ce sera pour nous un agréable souvenir.

Que M. le Dr Magnan, médecin en chef du bureau d'admission à l'asile Sainte-Anne, qui a bien voulu inspirer cette thèse et qui nous a prodigué ses sages conseils avec

une bienveillance inaltérable, veuille bien accepter l'expression de toute notre gratitude et l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Nous remercions vivement M. le professeur Debove qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse.

INTRODUCTION

Le terme dégénérescence appliqué à la pathologie mentale désigne l'état morbide d'un sujet dont les fonctions cérébrales accusent une imperfection prononcée, si on le compare à l'état cérébral des types générateurs. Cet état morbide constitutionnel s'aggrave progressivement et de même que la dégénérescence d'un tissu précède sa disparition, sa mort, de même la dégénérescence de l'individu précède son anéantissement dans son espèce; la stérilité est le cachet ultime de la dégénérescence, elle est précédée immédiatement et accompagnée de l'abâtardissement du type.

« La dégénérescence est donc, et c'est ainsi que la définissent MM. Magnan et Legrain (1), l'état pathologique de l'être qui, comparativement à ses générateurs les plus immédiats, est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psycho-physique et ne réalise qu'incomplètement les conditions biologiques de la lutte héréditaire pour la vie. Cet amoindrissement qui se traduit par des stigmates permanents est essentiellement progressif, sauf régénération intercurrente.

1. Magnan et Legrain. — *Les dégénérés.*

« Quand celle-ci fait défaut, il aboutit plus ou moins rapidement à l'anéantissement de l'espèce. »

Morel, qui, le premier, émit cette idée géniale qui révolutionna la pathologie mentale, définissait cet état :

« La déviation du type normal de l'humanité, une déviation maladive d'un type primitif. »

Le cadre de la dégénérescence est immense, car elle possède deux caractères essentiels, elle est évolutive et progressive; elle forme une longue échelle où chaque échelon marque un état nouveau se superposant au précédent jusqu'au stade ultime que nous représente l'idiot. Que de types différents dans les états de dégénérescence; mais si le tableau clinique diffère, ils nous présentent tous les mêmes caractères communs. Depuis l'idiot jusqu'au dégénéré supérieur ou le neurasthénique on évolue sur un fonds qui est essentiellement le même, fonds d'argile qui a gardé des empreintes indélébiles et qui peut aussi en acquérir de nouvelles. L'hérédité morbide forme le fonds, les empreintes sont les stigmates de la dégénérescence, stigmates qui sont physiques et psychiques. Le dégénéré type nous présentera donc trois choses à considérer : des antécédents héréditaires, des stigmates physiques ou anatomiques, des stigmates intellectuels. Certains auteurs comme M. Dallemagne (1) admettent une troisième sorte de stigmates : les stigmates sociologiques, c'est-à dire la difficulté d'adaptation sociale qu'éprouve le dégénéré.

Mais qu'est-ce qu'un stigmate de dégénérescence ? Le stig-

1. Dallemagne. — *Dégénérés et désiquilibrés*

mate est avant tout un signe essentiel et permanent. M. Legrain le définit :

« Toute disposition organique congénitale et permanente dont l'effet est de mettre obstacle à l'accomplissement régulier de la fonction correspondante et de détruire l'harmonie biologique où l'espèce trouve les moyens de poursuivre son double but naturel de conservation et de reproduction. »

Les anomalies physiques, pour être qualifiées stigmates de dégénérescence doivent donc présenter deux conditions : leur apparition dès la naissance ; leur permanence qui caractérise alors la disparition définitive de la fonction. Ces stigmates peuvent affecter tous les organes, tous les appareils, se traduire par les vices de conformation les plus divers. Au point de vue physique on peut dire que la formule du dégénéré est la même qu'au point de vue mental : « C'est un déséquilibré, un irrégulier, un asymétrique ; ces stigmates sont en plus transmissibles par voie héréditaire. »

Pour bien concevoir les stigmates intellectuels qui se retrouvent invariablement chez tous les dégénérés, il faut avoir présent à l'esprit le fonctionnement intellectuel normal qu'il est difficile de définir ; car son appréciation dépend nécessairement des idées que l'on s'est faites soi-même sur ce qui doit être considéré comme normal.

« La normalité disent MM. Magnan et Legrain (1) ne saurait être définie pour les actes de l'intelligence, les actes moraux, qui n'ont rien d'absolu. Ces actes sont trop changeants, trop conventionnels et trop inhérents à des conditions variables de société, de

1. Magnan et Legrain. — *Les dégénérés.*

famille, d'éducation pour être l'objet d'une définition rigoureuse.

« Si l'on peut définir la physiologie normale des facultés élémentaires, la mémoire, l'association des idées, la perception, l'attention, etc. On ne peut en dire autant des opérations de synthèse formées d'éléments essentiellement subjectifs et contingents, ainsi les notions et jugements relatifs à la moralité. Le principe en vertu duquel l'homicide est qualifié de crime et d'acte immoral dans une société civilisée est purement conventionnel et contingent. Or, la succession des opérations intellectuelles dont la conséquence fut l'énoncé de ce principe s'est effectuée aussi normalement que celle qui préside à l'énoncé du principe contraire admis dans certaines peuplades sauvages. D'où il suit que deux cerveaux à fonctionnement exactement pareil et normal, mais dont les acquisitions sont différentes, peuvent aboutir à des conceptions diamétralement opposées.

« Conséquemment les jugements que nous portons en classant le crime homicide parmi les anormalités de la moralité, comme tous ceux que nous portons sur les actes de la moralité, sont essentiellement relatifs. »

La normalité est donc une chose essentiellement relative et pour apprécier chez un individu l'anormalité d'un acte, il faudra reconstituer non seulement sa généalogie, mais sa vie entière afin de pouvoir l'apprécier et le classer; s'inquiéter du fait lui-même et voir ce qu'il comporte de peu motivé, ou d'excentrique. L'acte normal est celui qu'amène le jeu régulier des fonctions. L'acte anormal, au contraire, n'est explicable ni par son étiologie, ni par son importance. C'est ce qui caractérise le dégénéré, chez qui il y a rupture de l'équilibre harmonique qui existe entre les fonctions des centres cérébraux-spinaux. Le dégénéré est en effet un déséquilibré. La déséquilibration que l'on retrouve chez tous ces malades constitue la base de leur état mental.

« Elle consiste, en somme, dit M. Magnan, dans une absence

d'harmonie entre les diverses fonctions, dans une absence de synergie entre les différents centres dont la coopération s'adapte, en temps normal, à des objets déterminés. Plus de synergie, plus d'adaptations régulières, ou adaptations incomplètes, ni efficaces et sans but. C'est le désarroi le plus complet dans tout l'axe nerveux. On assiste à une véritable ataxie cérébro-spinale : ataxie de la pensée, des sentiments, de la volonté, ataxie des fonctions psychomotrices ; automatisme médullaire. »

Suivant la partie plus ou moins atteinte, ils forment des groupements cliniques différents qui ne sont qu'autant d'apparences sous lesquelles se cache une seule et même individualité : le dégénéré. Ce sont les déséquilibrés de l'intelligence, les déséquilibrés de la sensibilité, les émotifs, enfin les déséquilibrés de la volonté, les impulsifs (1).

Chez ces derniers, qui nous intéressent surtout, l'automatisme se montre dans ce qu'il a de plus absolu. D'où résultent des syndromes morbides caractéristiques qui sont autant de stigmates psychiques; ils en présentent les caractères essentiels, la précocité, la ténacité, l'intensité et la répétition. Les impulsions sont le plus souvent liées à des obsessions préexistantes dont elles sont la conclusion comme l'acte l'est de la pensée.

Obsession et impulsion sont deux phénomènes de même nature, ils sont l'expression la plus parfaite de l'état de déséquilibre, et ne peuvent se rencontrer que chez les dégénérés, dont ils sont l'émanation à peu près constante, le stigmate psychique. Les obsessions et les impulsions en général, les obsessions et les impulsions à l'homicide et au

1. Magnan et Legrain. — *Les dégénérés.*

suicide sont, d'après M. Magnan, les syndromes épisodiques de la folie des dégénérés.

Ces syndromes ne peuvent-ils se rencontrer que chez le dégénéré et, s'ils se rencontrent chez d'autres malades comme les neurasthéniques, doit-on en former une classe à part comme le soutiennent certains auteurs?

Nous reviendrons sur ce sujet au chapitre de l'étiologie; qu'il nous suffise de dire ici que les liens qui rattachent la neurasthénie à la dégénérescence sont trop nombreux pour ne pas considérer le neurasthénique comme un dégénéré. Il est au seuil de la dégénérescence si l'on regarde la neurasthénie comme certains auteurs et entre autres Mœbius (1) comme un point central autour duquel se groupent l'hystérie, l'épilepsie, les manies de tous noms, l'aliénation mentale en totalité. Les neurasthéniques sont des dégénérés, leurs stigmates ont les tares essentielles de la dégénérescence, le déséquilibrement préside à leur vie affective comme à leur vie intellectuelle. L'hérédité, à laquelle ils n'arrivent pas à se soustraire, leur constitue un état civil dégénératif selon l'expression de Dallemagne. Leur descendance plus névropathe qu'eux-mêmes affirme leur manque d'équilibre. Et sur ce terrain se développent souvent l'un ou l'autre de ces phénomènes auxquels M. Magnan a donné le nom de syndrome épisodique de la dégénérescence. En un mot le neurasthénique est au début de cette gamme toujours croissante des états dégénératifs dont l'idiot est la dernière note.

Ce n'est donc bien que chez le dégénéré que nous retrouverons ces états que nous allons étudier, l'obsession et l'impulsion au suicide et à l'homicide. La déséquilibration men-

1. Mœbius. — *Ueber die nervösen Famillien.* — Berlin, 1884.

tale est la condition nécessaire à leur développement. Nous verrons que ce déséquilibre explique, dans la pathogénie de ces troubles et suivant la théorie de M. Magnan, l'état de tension du centre cérébral dans lequel s'est installée la représentation parasite qui, grandissant, envahit et supprime les images antagonistes pour aboutir à l'impulsion. Ce résultat n'est pas atteint sans lutte, mais l'obsession tenace, tyrannique s'accompagne d'une douleur morale tellement intense qu'elle subjugue la volonté, et le sujet conscient, mais impuissant, se trouve poussé irrésistiblement aux actes mêmes qu'il réprouve. C'est cet état de conscience, cette apparente lucidité qui en imposent à ceux qui ne sont pas familiarisés avec l'étude de ces troubles et explique les erreurs judiciaires et médicales.

Cette question, comme on le voit, est donc d'une haute importance, aussi bien au point de vue psycho-physiologique et clinique qu'au point de vue médico-légal.

Notre premier chapitre traitera de l'historique de ces états morbides.

Définissant ensuite l'obsession et l'impulsion au suicide et à l'homicide, nous en examinerons rapidement la psycho-physiologie, pour arriver à leur étude clinique et étiologique qui doit être la partie essentielle de notre étude. Nous basant sur un diagnostic approfondi de ces phénomènes et après en avoir établi le pronostic et le traitement, nous passerons à leur étude médico-légale. Dans un dernier chapitre nous verrons comment doit se conduire la société envers eux ; quels sont les moyens qu'elle doit mettre en œuvre pour se protéger elle-même et les protéger, comment enfin elle doit les soigner ; ce qui est pour elle un impérieux devoir.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'obsession du meurtre comme celle du suicide a été observée de tout temps, mais pendant des siècles on l'attribuait à une intervention démoniaque.

Henckel en 1689 s'en occupe dans un travail intitulé : *Ordo et methodus cognoscendi et curandi energumenos a stygio cacodæmone obsessos...*

En France, la question des obsessions et des impulsions en général, des obsessions et des impulsions au suicide et à l'homicide en particulier a été l'objet de nombreux travaux. Nous pouvons, pour la commodité de l'étude, diviser en deux périodes l'histoire des obsessions morbides. Une première période avec Pinel, Esquirol et leurs élèves, une deuxième période avec Morel et Magnan.

PREMIÈRE PÉRIODE

C'est Pinel (1) (1755-1826) qui, dans la manie sans délire, étudia le premier les manies suicide et homicide.

Avant lui cependant Félix Plater (2) (1536-1614) cite plu-

1. Pinel. — *Traité des Maladies mentales.*
2. Félix Plater. — *Observations* (Tib. I).

sieurs exemples d'obsessions au meurtre, entre autres celui d'une femme qui était tourmentée par l'idée de percer son mari de coups pendant qu il dormait. Elle avoua à Plater qu'elle était prête à se donner la mort plutôt que de souffrir encore de cette obsession diabolique. Plater la consola et la guérit *per venœapertiones et multas evacuationes.* Il cite aussi le cas d'une femme qui était obsédée par l'idée de tuer l'enfant qu'elle allaitait et chérissait.

Comme Morel le fait remarquer dans son *Traité des Maladies mentales*, Félix Plater est le premier auteur qui fait ressortir l'importance des transmissions héréditaires.

« Il n'est pas rare, disait Plater, de rencontrer parmi les pauvres d'esprit des sujets très vicieux, disposés à la colère, à des mouvements de fureur, à la tristesse *ou à d'autres penchants qu'ils ne réussissent pas toujours bien à contenir.*

« J'ai fait tous mes efforts de mon côté, ajoute Morel, qui cite ce passage, pour déterminer la place que devaient tenir ces malades dans la hiérarchie des êtres *dégénérés* et je ne puis rendre assez justice au savant qui, le premier, a marché dans cette voie, d'une manière aussi ferme et aussi résolue. »

Michel Etmüller (1) (1644-1683) créa une forme spéciale de mélancolie, sous le nom de *Melancholia sine delirio,* dans laquelle il fait rentrer les cas d'obsession du meurtre observés par Plater (2).

C'est alors que Pinel décrivit une variété de manie, sans lésion de l'intelligence. Tous les cas cités par Pinel ne sont pas des « obsessions » homicides. Ce n'est que plus tard que

1. Michel Etmuller. — Opéra. Genève, 1736. T. III. *De deliriis melancholicis.*

2. Ladame. — *L'Obsession du meurtre.* — Congrès de Bruxelles, 1892.

prendra corps en psychiâtrie la notion de l'obsession morbide. Dans une de ces observations il s'agit.

« D'un homme qui éprouve par intervalles irréguliers des accès de fureur... pendant lesquels il est dominé par un penchant sanguinaire irrésistible, et s'il peut saisir un instrument tranchant, il est porté à sacrifier avec une sorte de rage, la première personne qui s'offre à sa vue. Il jouit cependant à d'autres égards du libre exercice de sa raison ; même durant ses accès, il n'a aucun signe de délire, *il sent même profondément toute l'horreur de sa situation...* Avant sa réclusion à Bicêtre, un accès de fureur le saisit un jour dans sa maison ; il en avertit à l'instant sa femme qu'il chérissait d'ailleurs et il n'eut que le temps de lui crier de prendre la fuite pour la soustraire à une mort violente... Il a cherché souvent à terminer par la mort cette lutte insupportable. »

Matthey (1) à Genève, crée sous le nom de *pathomanie* un genre spécial pour les folies avec conscience. Il décrit deux variétés de folie avec fureur : la *tigridomanie,* penchant insurmontable à répandre le sang de ses semblables, sans nul motif raisonné et sans troubles de l'esprit. C'est la *manie lupine* des anciens. Elle correspond à la manie sans délire de Pinel. La seconde variété est la *folie raisonnante* dont la fureur s'exerce seulement sur des êtres inanimés.

Avec Esquirol (2) (1772-1840) nous entrons dans le domaine des monomanies. Il décrit diverses obsessions sous le nom de monomanies. La monomanie homicide est pour lui un délire partiel caractérisé par une impulsion plus ou moins violente au meurtre. Il en distingue deux groupes : dans le premier, il place les malades qui tuent sous l'empire

1. Matthey. — *Nouvelles recherches sur les maladies de l'esprit.*
2. Esquirol. — *Maladies mentales.*

d'une conviction délirante, hallucination ou délire partiel.

Dans le second :

« Le monomaniaque homicide ne présente aucune altération appréciable de l'intelligence ou des affections. Il est entraîné par un instinct aveugle, *par quelque chose d'indéfinissable, qui le pousse à tuer.* »

Il cite un certain nombre d'observations de Gall, les cas de Marc, de Michu, de Barbier (d'Amiens), de Georget, et donne cinq observations de monomaniaques homicides traités par lui à Charenton.

Dans une de ses observations, la malade est tourmentée par de multiples obsessions plus bizarres les unes que les autres qui viennent assaillir son imagination. Lorsqu'elle est à table, elle dit aux personnes qui sont avec elles : « Voilà des couteaux, je pourrais bien les prendre et vous tuer. »

Dans une autre, il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans qui est pris parfois d'impulsions à tuer sa mère et sa sœur. Quelques instants après avoir embrassé sa mère, il devient rouge, son œil est brillant et il s'écrie : « Ma mère, sauvez-vous, je vais vous égorger, etc. »

Ses observations ne sont pas toutes des cas nets d'obsessions, il confond en effet sous le nom de monomanie homicide des formes très différentes de psychopathies qui sont pour lui les trois degrés d'une seule et même entité morbide.

Il décrit la monomanie suicide :

« Un délire partiel caractérisé par un entraînement plus ou moins volontaire à la destruction de soi-même.

« Ce sont des individus, dit-il, que l'idée du suicide tyrannise :

une douleur physique, une impression inattendue, une affection morale, un souvenir, un propos indiscret, une lecture avivent la pensée dominante et provoquent instantanément les détermi nations les plus funestes chez ces malheureux, qui, un instant avant, étaient parfaitement calmes. »

Là encore il confond sous le nom de monomanie suicide des formes très différentes de psychopathies.

« Toute monomanie peut conduire au meurtre de soi-même, soit que le monomaniaque obéisse à des illusions ou à des hallucinations, soit qu'il soit victime d'une passion délirante. »

« Un monomaniaque entend une *voix intérieure* qui lui répète : « tue-toi, tue-toi, » il se tue pour obéir à cette puissance supérieure à l'ordre de laquelle il ne peut se soustraire. Un homme, dont la mysticité a dérangé le cerveau, se croit en communication avec Dieu, il entend une voix céleste qui lui dit : *Mon fils, viens t'asseoir à côté de moi*; il s'élance par la croisée et se casse la jambe; pendant qu'on le relève, il exprime un grand étonnement de sa chute et surtout d'être blessé » etc.

Esquirol a cependant bien observé les principaux caractères de l'obsession : l'irrésistibilité, la conscience complète de l'état impulsif, l'angoisse concomitante qui résulte de la lutte contre l'obsession et la satisfaction consécutive à l'accomplissement de l'acte impulsif.

La doctrine des monomanies d'Esquirol rencontra une grande résistance chez les magistrats et les avocats; quelques médecins en nièrent aussi l'existence. L'un d'entre eux osa même écrire « qu'il fallait traiter les aliénés homicides comme les animaux possédés de la rage. »

Néanmoins, la plupart des médecins adoptèrent cette théorie qui règna en souveraine dans la médecine mentale jusqu'en 1850 environ.

Fodéré, Brierre de Boismont, Michu, Georget, Cazauvieille, Marc apportèrent de nouvelles observations qui confirmèrent les anciennes. Le procès de Henriette Cornier est reproduit tout au long par Georget, qui fait remarquer combien cette cause célèbre, en fixant l'attention publique, a multiplié les cas de monomanie homicide.

« N'est-ce point, conclut-il, aux discussions qui ont eu lieu sur cette maladie devant les tribunaux, depuis quelques temps, qu'il faut attribuer la fréquence de la folie homicide. »

Cazauvieille (1), qui rapporte de nouveaux cas, insiste sur les dangers de la publicité. Car, dit-il, « ici comme pour le suicide, la contagion peut se propager par imitation. »

Marc (1771-1841) cite de nombreux exemples qui ont souvent été reproduits. On les retrouvera dans l'important travail du Dr Paul Aubry sur la contagion du meurtre. Ces cas appartiennent en grande partie aux obsessions.

Marc précise mieux les différentes formes d'aliénation où se rencontrent l'impulsion homicide. Ecartant les délirants et les hallucinés comme n'appartenant pas à cette catégorie, il dit que les impulsions au meurtre comme au suicide sont la conséquence de ce qu'il appelle *la monomanie instinctive*, qui n'est autre chose que la folie morale de Prichard. Il donne comme exemple le cas de Metzger; celui bien connu de la domestique de Humboldt.

Baillarger (2) (1815-1891) accepte, lui aussi, la doctrine des monomanies; il donne aux impulsions homicide et suicide le nom de monomanies avec conscience; elles lui semblent

1. Cazauvieille. — *De la monomanie homicide*, 1836.
2. Baillarger. — *Recherches sur les maladies mentales*.

liées à la chlorose, et l'hystérie y jouerait un grand rôle. Plus fréquentes qu'on ne le prétend dans leur état le plus simple, elles restent inconnues, car souvent les malades continuent à rester dans le monde et échappent ainsi à l'observation. Il cite un cas, celui de Glenadel, impulsif homicide dont l'observation est devenue classique. Calmeil, qui le rapporte s'exprime ainsi :

« Glenadel était assis sur son lit, ayant une corde autour du cou, fixée par l'autre bout au chevet de son lit; il avait les bras liés ensemble au poignet, avec une autre corde. Voici le résultat de sa conversation en présence de son frère et de sa belle-sœur : « Êtes-vous malade? — Je me porte bien, ma santé n'est que trop bonne. — Comment vous appelez-vous? — Jean Glenadel. — Est-ce de force ou de votre consentement que vous êtes attaché ? — C'est de mon consentement et je l'ai même demandé. — Et pourquoi cela ? — *Pour m'empêcher d'exécuter un crime dont j'ai horreur, que je me sens, malgré moi, porté à commettre. J'ai une idée qui m'obsède et dont je ne suis plus maître ; il faut que je tue ma belle-sœur et je le ferai si je n'en suis pas empêché...* Il y a six ou sept ans environ que j'ai eu cette idée... J'ai eu, étant jeune, l'idée de tuer ma mère. Je tuerai ma belle-sœur, si je n'en suis empêché, c'est sûr comme Dièu est Dieu. Cette forme de monomanie, ajoute Baillarger, peut durer, en effet, dix, quinze et même vingt ans sans entraîner d'actes déraisonnables. »

Pour Belloc, les monomanies avec conscience de Baillarger « sont des lésions de la sensibilité; la monomanie ne commence que lorsqu'il y a coïncidence d'un acte de délire accompli. »

Ainsi, dans la monomanie instinctive, une femme est sollicitée du désir de tuer son enfant. Cette femme dit : « Otez mon enfant, je vais le tuer. » Ce n'est pas de la folie. Chez les animaux, les femelles des lapins, par exemple, dévorent quel-

quefois leurs petits; sont-elles folles ces femelles d'animaux? Non! Il y a seulement une lésion de la sensibilité. »

DEUXIÈME PÉRIODE

Mais à cette époque la théorie des monomanies déjà battue en brèche commence à faire de moins en moins d'adhérents. Les manies perdent de leur valeur d'entité morbide. L'idée de dégénérescence, renforcée de celle d'hérédité, forme bientôt comme un lien naturel à toutes ces formes.

Falret (1) père (1794-1870) critique la manie dite sans délire et rejette dans son enseignement la doctrine des monomanies. Dans ses leçons cliniques, il cite un cas d'impulsion homicide chez une femme.

Pour Delasiauve (2) la monomanie consiste simplement dans une lésion de l'ordre sentimental. Elle a son point de départ dans les sentiments, dans les affections, dans les instincts. Le premier il sépare des monomanies les obsessions morbides pour les ranger dans ce qu'il appelle les *Pseudo-monomanies*.

Morel (3) (1860), en créant les états de dégénérescence, rejette complètement la doctrine des monomanies et se fondant simplement sur l'étiologie, il rattache tous ces états morbides au cadre des folies héréditaires. C'est là que l'on trouve les candidats les plus nombreux à la manie raisonnante, à la folie sans délire, aux monomanies des auteurs. Ces malades offrent des alternatives de dépression et d'excitation et c'est dans ces périodes qu'ils sont obsédés par ce qu'ils appellent leurs idées fixes.

1 FALRET. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales.*
2. DELASIAUVE. — *De la monomanie au point de vue psychologique.*
3. MOREL. *Traité des maladies mentales.*

« C'est dans la folie héréditaire, dit-il, que la tendance au suicide adopte la forme la plus dangereuse (plus que dans les autres variétés d'aliénation). Ces sortes d'aliénés, véritables malades hypocondriaques, vous mettent sur la voie de leur funeste penchant. Il en est qui font des efforts désespérés pour lutter contre le désir de la mort volontaire. »

L'homicide est aussi pour lui un symptôme de certaines variétés d'aliénation. Les influences qui agissent dans la production de l'homicide sont les hallucinations, la vengeance, le ressentiment, le délire des persécutions, l'épilepsie. Il passe sous silence l'obsession morbide, et il dit en parlant de la monomanie homicide :

« Les faits de ce genre qu'on a cités auraient eu besoin d'être mieux observés... Je ne pense pas qu'il existe un seul aliéné dont les actes homicides ne puissent, dans l'immense majorité des cas, être rapportés à un élément maladif parfaitement appréciable au moyen de l'observation, ou bien à un motif qui s'appuie sur un délire prédominant. La théorie de la monomanie homicide, dont on a étrangement abusé et qui a plus d'une fois compromis les intérêts des véritables aliénés, cette théorie, dis-je, n'avait pas besoin de s'étayer sur le fait d'un instinct aveugle, *de quelque chose d'indéfinissable qui porte à tuer*. »

Il cite cependant l'observation d'un homme qui vient lui avouer que depuis deux nuits il était obsédé par l'idée d'étrangler sa femme qui dormait à côté de lui. Il extrait de ces aliénations héréditaires les obsessions et les impulsions avec conscience. Il les considère comme des troubles sympathiques liés à une névrose du système ganglionnaire viscéral, et les décrit sous le titre *de délire émotif*.

Bariod, un élève de Falret, rejette toute monomanie *homicide*.

Trélat (1) (1861) décrit *dans la folie lucide* des états morbides qui sont autant de monomanies,

« Les aliénés lucides, selon lui, répondent exactement aux questions qu'on leur fait, ils ne paraissent pas aliénés aux observateurs superficiels et souvent ne se laissent pénétrer et deviner que dans la vie intime. »

Jousset (1865) fait une description des impulsions morbides et met en relief leur caractère d'irrésistibilité et de conscience.

Guislain, partisan des monomanies, décrit dans la mélancolie sans délire l'aboulie et la nostalgie, dans la manie, les impulsions au suicide, à l'homicide, au feu.

Billod signale les obsessions dans ses lésions de la volonté.

Pour Blanche (2) il n'existe pas de forme d'aliénation mentale qui doit porter le nom de monomanie homicide. Dans son important travail, il ne fait pas mention de l'obsession du meurtre. L'alcoolisme et l'épilepsie représentent les maladies où l'on voit le plus communément l'homicide.

Jules Falret (1876) désigne, sous le nom d'*hypocondrie morale avec conscience de son état*, un état mental de déséquilibration avec ou sans obsessions et impulsions, état fréquemment héréditaire, lié à d'autres maladies nerveuses, et s'accompagnant de signes physiques. Au Congrès de médecine mentale de 1889, il distingue plusieurs degrés dans l'obsession morbide; il lui reconnaît comme caractères principaux : la conscience de l'état maladif et l'hérédité. Les troubles sont essentiellement périodiques et vont en s'atténuant. Ils ne comportent jamais d'hallucinations et ne se trans-

1. Trélat. — *La folie lucide*, 1861.
2. Blanche. — *Des homicides commis par les aliénés*, 1878.

forment pas les uns dans les autres. Le malade n'aboutit pas à la démence.

Dagonet (1870) désigne en bloc les impulsions conscientes, que l'on trouve chez les malades héréditaires, sous le nom de *folie impulsive*.

Fournet (1) (1870) à la Société médico-psychologique, expose sa doctrine organo-psychique de la raison et de la folie. Il décrit la monomanie homicide et la folie suicide qui ne sont pour lui qu'une défaite du libre arbitre moral devant l'idée. L'impossession et la dépossession de l'empire de l'âme dépendent de deux conditions : la faiblesse de l'âme et la force des influences qui agissent sur elle.

Pour Foville (1872) la folie instinctive ou folie des actes reconnaît pour cause capitale l'hérédité morbide.

« Les diverses variétés d'actes désordonnés (manie homicide-suicide entre autres), se rapportent toutes à une même espèce maladive dont les modes d'expression peuvent être variés, mais dont la nature, l'essence, est unique ; elle est si intimement liée à la condition du malade que l'on peut toujours en faire remonter le germe à la naissance et qu'elle s'étend au moins virtuellement, à la durée entière de son existence. »

Magnan (2) et ses élèves Legrain et Sérieux se sont attachés à identifier les impulsions morbides les unes aux autres, à montrer qu'elles étaient toutes des phénomènes morbides de même nature, qu'elles ne formaient qu'un chapitre de l'histoire des dégénérés. Ce sont les symptômes épisodiques d'un même état de défectuosité cérébrale.

1. FOURNET. — *Des insanités précursives de la folie*, 1870.

2. MAGNAN. — *Recherches sur les centres nerveux*, 1891. — MAGNAN et LEGRAIN. — *Les dégénérés*.

Magnan en étudie le mécanisme, qui peut se résumer dans la rupture de l'équilibre des opérations intellectuelles, causée par le fonctionnement exagéré d'un certain nombre de centres et entraînant passagèrement l'impuissance de la volonté. Ce qui distingue surtout l'obsession et l'impulsion des idées obsédantes et des actes impulsifs, c'est l'état lucide de la conscience. Cette lucidité, qui est l'origine des autres caractères de l'obsession, ne manque jamais; elle peut s'obscurcir mais elle ne tarde pas à reparaître. Au Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles de 1892, Magnan, dans son rapport sur l'obsession criminelle morbide, retrace tous les caractères de l'obsession et de l'impulsion homicides. Il montre combien la tâche du médecin légiste est souvent ardue lorsqu'il s'agit de sujets lucides qui, avec les apparences de la raison, sont poussés par une obsession morbide. Il définit ce phénomène.

« Un mode d'activité cérébrale, dans lequel un mot, une pensée, une image s'empare de l'esprit en dehors de la volonté, mais sans malaise à l'état normal ; avec, au contraire, une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible à l'état pathologique. »

Ladame de Genève, au même Congrès d'anthropologie, dans un travail intitulé *l'Obsession du meurtre*, auquel nous avons fait de larges emprunts, retrace les diverses étapes parcourues par la science avant la notion moderne des obsessions et des impulsions pathologiques d'origine héréditaire. Il cite les types principaux de monomanies homicides qui ont été publiés par les auteurs et montre ainsi, en les comparant aux observations cliniques actuelles, l'évolution progressive qui s'est faite dans les théories scientifiques.

M. Paul Garnier, dans son livre *La Folie à Paris* (1890) donne aussi des exemples typiques d'obsessions morbides.

« Dans ces faits, dit-il, la sollicitation instinctive naît de toutes pièces, en dehors de toute logique, de tout motif, même délirant. L'hérédité morbide est le ferment qui fait germer cette envie apparaissant parfois, comme cela nous est arrivé de le constater, chez un enfant de quatre ou cinq ans, venu tout armé dans la vie, avec l'idée homicide. »

Lasègue semble avoir voulu décrire les obsessions morbides dans *son vertige mental*. Il dit que les aliénés qui rentrent dans cette catégorie obéissent à des impulsions limitées, et non à une vague tendance qui les porterait à n'importe quelles violences.

Ball (1) décrit les caractères cliniques des obsessions et reconnaît le rôle considérable de l'hérédité dans leur apparition. Il les classe en trois groupes, suivant leur intensité : Les obsessions petites, moyennes, graves. C'est dans ces dernières que l'on rencontre les actes répréhensibles et criminels. Il admet cependant, à propos de la folie homicide, « qu'il existe réellement un instinct aveugle, une impulsion particulière qui commande le meurtre et demande du sang. »

Il fait de même une espèce à part pour la folie suicide.

Legrand du Saulle (2) sous le nom de monomanie instinctive ou impulsive, décrit des phénomènes, entre autres la monomanie impulsive suicide et homicide caractérisée par une défaillance de la volonté. « Les malades affectés de ces névroses, dit-il, se tuent presque toujours en vertu d'une

1. Ball. — *Des obsessions en pathologie mentale. Recherches sur les maladies mentales.*

2. Legrand du Saulle. — *Traité de médecine légale.*

impulsion irrésistible, ou bien parce qu'ils sont poursuivis par des hallucinations. »

Luys appelle obsession un mode d'activité cérébrale maladive dans lequel l'influence de la propriété automatique de l'élément nerveux, arrivé à la phase d'éréthisme incoercible, se relève d'une façon tout à fait typique et significative. Il décrit trois groupes d'obsessions pathologiques : celles dans lesquelles les opérations de l'esprit sont en jeu; celles où les régions émotives seules sont sollicitées (délire émotif); enfin celles dans lesquelles les régions psycho-motrices entrent en activité et donnent lieu à des actes bizarres, automatiques et de nature impulsive.

Pour Charpentier (1), les obsédés avec conscience ne sont pas toujours des héréditaires. Les obsessions avec conscience s'accompagnent souvent d'hallucinations nocturnes par exemple, qui peuvent aboutir à un véritable état de mélancolie ou d'excitation. Elles peuvent se transformer en d'autres maladies mentales (paralysie générale) et aboutir à la démence. Pour lui, les obsessions avec conscience ne doivent pas être bornées au domaine de la folie des dégénérés.

Cullerre, dans son livre intitulé *Nervosisme et Névroses*, explique les obsessions comme un affaiblissement du pouvoir de contrôle de l'intelligence sur elle-même. C'est une paralysie de la volonté, des centres d'arrêt, laissant le champ libre à l'automatisme de certaines parties du cerveau, « de telle sorte, dit-il, que sans délire à proprement parler, sans cesser de pouvoir vivre de la vie commune, ces névropathes sont les esclaves de tics psychiques plus ou moins graves : obses-

1. Charpentier. — Congrès de médecine mentale, 1889.

sions et impulsions irrésistibles au suicide, à l'homicide. Ces psychopathies sont un terme de passage pour ainsi dire, entre les névroses et la folie proprement dite.

Camuset (1), citant l'observation d'un impulsif homicide, rapelle qu'en France surtout, on rattache la dégénérescence à l'hérédité neuropathique. On est porté à faire de l'hérédité morbide la cause unique de la dégénérescence, ce qui est exagéré. Pour lui, les deux termes, dégénéré et héréditaire, ne doivent pas être confondus l'un avec l'autre.

M. le Professeur Brouardel (2), dans une leçon faite sur le criminel, distingue trois catégories d'impulsions : L'impulsion avec amnésie complète, l'impulsion avec demi-conscience, l'impulsion avec conscience parfaite. En outre, à côté de l'impulsion violente, il ajoute un défaut absolu de volonté.

Déjérine, dans sa thèse d'agrégation sur l'hérédité dans les maladies du système nerveux, reprend les idées de Magnan et décrit l'obsession et l'impulsion comme le stigmate psychique de la folie des dégénérés. L'irrésistibilité est leur caractère dominant.

Régis (3) divise les obsessions en deux classes suivant que la volonté est lésée dans sa force d'arrêt ou d'action ; il y a ainsi des obsessions impulsives et des obsessions abouliques. Il dénomme les obsessions : la neurasthénie cérébrale.

Séglas (4) admet aussi cette division, il ajoute même une

1. Camuset. — *Note sur un aliéné homicide.* Arch. de Neurologie, 1892.
2. Brouardel. — *Le criminel.* Gaz. des Hôpitaux, 1890.
3. Régis. — *Séméiologie des obsessions.* — Congrès de Moscou, 1897.
4. Séglas. — *Leçons sur les maladies mentales et nerveuses.* Journal de médecine et de chirurgie pratique, 1894.

troisième classe d'obsessions se rapportant à des phénomènes de sensibilité générale ou spéciale. A côté des obsessions qui se développent chez les dégénérés, il en admet, à l'exemple de Régis, d'autres purement neurasthéniques et sans tare dégénérative. Il refuse d'admettre un état complètement lucide pendant l'obsession, et il décrit, contrairement à l'opinion générale, des hallucinations. Pour lui les hallucinations peuvent avoir une existence indépendante, présenter tous les caractères de l'obsession et constituer l'hallucination obsédante.

Pour Ballet, les obsessions, qui ne vont pas au delà d'une certaine intensité, ne peuvent être considérées comme les manifestations de la dégénérescence, et même, si elles sont très intenses, elles peuvent relever de la neurasthénie.

Nous ne pouvons passer sous silence l'étude approfondie et remarquable qu'a faite Bourdin (1) de l'impulsion en général et de l'impulsion dans ses rapports avec le crime. Il met en évidence la valeur psycho-physiologique de l'impulsion morbide, en étudie les formes. Pour lui l'impulsion vraie est une convulsion de la volonté, une maladie de la volition, non pas de l'idéation. Il étudie la responsabilité médico-légale de ces malades qui est d'un si haut intérêt.

Citons aussi le beau livre de Dallemagne sur les dégénérés et déséquilibrés, où il traite d'une façon magistrale l'impulsivité morbide dans un chapitre auquel nous emprunterons beaucoup dans le cours de cette étude. Nous terminerons l'histoire de l'obsession et de l'impulsion morbides en France, en rappelant que, dernièrement encore, MM. Le Groï-

1. Bourdin. — Th. de Paris, 1894. — *De l'impulsion et spécialement de ses rapports avec le crime.* — *De l'impulsion, sa définition, ses formes, sa valeur psychologique.* An. méd. psych., 1896.

gnec (1), Bessonnet, Faure (2) et Vignes se sont occupés de cette question dans leur thèse inaugurale, ainsi que M. Pierre Janet, dans son livre *Névroses et Idées fixes;* il distingue deux formes d'obsessions : 1° les obsessions de forme hystérique ; 2° les obsessions de forme psychasténique.

A l'étranger, le premier travail d'ensemble sur les obsessions morbides est dû à Westphal :

« Je considère, dit-il, comme obsession ,toute idée qui, l'intelligence étant intacte (et sans qu'il existe un état émotif ou passionnel) apparaît à la conscience du malade et s'y impose contre sa volonté, ne se laisse pas chasser, empêche et traverse le jeu normal des idées, et qui est toujours reconnue par le malade comme anormale, étrangère à son moi (3). »

Dans un mémoire (4) où il étudie ce trouble mental, il fait remarquer que les malades qui en sont atteints sont généralement instruits, intelligents, et se rencontrent fort peu dans les asiles.

Il croit que ces idées obsédantes ne dégénèrent jamais en idées délirantes et insiste sur ce fait qu'elles ne sont pas causées par un état émotif ou passionnel. L'angoisse qui les accompagne est en général secondaire et provoquée par l'idée obsédante.

Ces troubles se voient surtout chez les individus prédisposés aux psychoses et aux névroses.

Enfin il trouve que le séjour dans les asiles est généralement désastreux pour ces malades.

1. Le Groignec. — *Des impulsions et en particulier des obsessions impulsives.* (Etude historique) Th. de Bordeaux, 1897.

2. Faure. — *La thérapeutique des obsessions.* Th. Paris, 1898.

3. Westphal. — (Séance de la Société médico-psychologique de Berlin, 5 mars 1877.)

4. Westphal. — (*Ueber Zwangsvorstellungen.* — Berlin, Klin, Wochens, 1877.)

La définition émise par Westphal sur l'obsession fut le point de départ de discussions et de travaux importants, entre autres ceux de Brosius et de Wille (de Bâle) (1).

Dans ces différents travaux on ne trouve pas la mention de l'obsession homicide qui a tant préoccupé les médecins de la première moitié de notre siècle. Dans la discussion qui eut lieu à la Société de Psychiatrie de Berlin, en avril 1877, le Dr Sander fut le seul qui mentionna les idées de meurtre parmi un grand nombre d'autres obsessions.

Avant lui, Griesinger range sous le nom de mélancolie avec penchants de destruction, le suicide. Dans ce cas, le penchant au suicide est le fait essentiel, il constitue toute la maladie.

Il distingue ces cas de ceux où le suicide apparaît comme épiphénomène dans le cours d'une autre forme mentale. Il décrit aussi le penchant morbide au meurtre sous le nom de mélancolie avec penchant au meurtre et à la destruction.

De nos jours les auteurs allemands se sont surtout attachés à l'étude de la psycho-physiologie et au terrain des obsessions en général sans se préoccuper beaucoup de l'obsession au suicide et à l'homicide.

Jastrowitz admet la possibilité de l'existence des obsessions dans toute espèce de psychose.

Meynert (2) se range à l'avis de Westphal et voit dans les obsessions une *abortive Verrücktheit.*

Schäfer (3) leur reconnaît plutôt une parenté avec la mélancolie.

1. Ladame. — *L'Obsession au meurtre.* (Congrès d'anthropologie de Bruxelles, 1892.)

2. Meynert. — Psychol. Centralbl., 1877.

3. Schafer. — Psychol. Centralbl., 1880.

Wille (1) admet la définition de Westphal, mais il croit que les obsessions peuvent se trouver non seulement lorsque l'intelligence n'est pas atteinte, mais aussi dans toute maladie mentale aiguë. Elles peuvent aboutir à la mélancolie. Il ne s'oppose pas à ce qu'on les décrive dans la folie héréditaire.

Emmenghaus (2) constate leur fréquence chez les psychopathes et pense qu'elles peuvent provoquer une mélancolie secondaire.

Kræpelin (3) place les obsessions dans les états neurasthéniques; leur débouché est la mélancolie ou la *verrücktheit*.

Schüle (4) décrit les obsessions comme une forme de la folie héréditaire. Les obsessions et impulsions au suicide et à l'homicide sont pour lui des monomanies que l'on rencontre dans certaines névropathies de nature héréditaire, surtout quand l'hystérie est en jeu, dans des névropathies acquises (surtout chez les masturbateurs). L'impulsion homicide succède souvent à des idées délirantes ; d'autres fois elle est déterminée par des perversions de sentiments. L'impulsion au suicide est surtout fréquente dans la mélancolie, le délire des persécutions et dans la folie cataméniale.

Il ne comprend plus les monomanies suicide ou homicide comme un trouble partiel, consistant seulement en une tendance impulsive ; sous cet acte de monomane on doit retrouver toujours des affections cérébropathiques plus générales.

1. Wille. — Archiv. f. Psychiatrie, 1880.
2. Emmenghaus. — Handb. Psychiatrie, 1878.
3. Krœpelin. — Handb. Psychiatrie, 1878.
4. Schule. — *Traité clinique des maladies mentales.*

Zichen (1), tout en admettant la folie héréditaire comme cause d'un certain nombre d'obsessions, la trouve aussi dans la mélancolie et la neurasthénie.

Pour Wernicke (2), dont les idées ont été reprises récemment par Koch, les obsessions doivent constituer un groupe indépendant qu'il nomme les *auto-psychoses circonscrites*, qui ne sont qu'une forme de l'ancienne folie partielle. Koch, qui les appelle les idées prépondérantes ou prévalentes, les sépare, ce que ne fait pas Wernicke, de l'idée délirante. Elles ne deviennent psychopathiques que selon le terrain sur lequel elles naissent.

Friedenreich (3) pense que les obsessions et les impulsions sont contenues dans les limites des psychoses proprement dites et des maladies nerveuses fonctionnelles. Il en décrit six variétés parmi lesquelles on trouve le délire émotif de Morel et l'hypocondrie morale de Falret.

Pohl (4) considère la folie impulsive comme une neuro-psychose dégénérative du genre maniaque. Elle se développe d'après lui chez les héréditaires, chez les névropathes et s'associe souvent à certains états psychopathiques. Les impulsions sont paroxystiques; issues de sensations anormales d'origine périphérique ou centrale, elles portent le malade à commettre des actes violents ou pervers contre lui-même ou contre ses semblables.

Dornbluth, dans un travail sur l'état mental des dégénérés

1. Zichen. — *Psychiatrie*, 1878.
2. Wernicke. — *Zur Lehre von der uberwerthigene Ideen*. Deutch Med. Wochens, 1892.
3. Friedenreich. — *Tvangstaukesygdommen*. Copenhague, 1877.
4. Pohl. — F. *Psych*. V. I., 1883 (Jahrbuch).

admet une classification qui se rapproche de celle de Magnan. Il désigne sous le nom de neurasthénie constitutionnelle l'état dégénératif où l'on rencontre les obsessions et les impulsions.

Berger (1) a publié le cas d'une fillette de dix ans, des plus héréditaires, qui, brutalement, a été prise d'obsessions et d'impulsions homicides : « Il faut qu'elle tue sa mère ». Les accès étaient périodiques et elle conservait une parfaite lucidité.

Thomsen (2) fait le procès des auteurs français qui considèrent les obsessions et impulsions comme fonctions de dégénérescence; pour lui elles forment une entité pathologique. Le terme d'idées obsédantes ne lui semble pas assez compréhensible, il les nomme « états psychiques obsédants ».

Il distingue deux formes d'états obsédants : 1° les états obsédants deutéropathiques nés le plus souvent sur un terrain neurasthénique : *a*) les phobies; *b*) les états obsédants survenant dans l'hystérie, la neurasthénie.

2° Les états psychiques obsédants idiopathiques qui forment une entité pathologique caractérisée par les symptômes suivants : *a*) Idées obsédantes ; *b*) Sensations obsédantes ; *c*) Mouvements obsédants (impulsifs); *d*) Etat d'arrêt psychique; *e*) Troubles somatiques ; *f*) Lucidité habituelle et angoisse.

Il ne trouve pas de point de contact entre les différentes manies (impulsions au suicide, à l'homicide, etc...) et ces états obsédants.

Lévi, dans un mémoire sur la peine de mort, rapporte plusieurs faits d'obsession homicide causée par la vue des exécutions capitales.

1. BERGER. — Arch. für Psych. XVIII, 3.
2. THOMSEN. — Archiv. für. Psych. XXVII, 1895.

Spurzheim rapporte le cas d'une jeune fille, Augusta Strohm, qui tua sous l'influence d'une obsession deux de ses meilleures amies et avoua que c'était la vue d'une exécution capitale qui lui avait suggéré son idée.

Pour Mendel (1) les obsessions qui remplissent le cadre morbide sont une entité maladive; il la dénomme avec Morselli : paranoïa rudimentaire.

Müller décrit les obsessions sous le nom de Psychalgies. Spitzka les dénomme les monomanies abortives.

Pour Arie de Jong de la Haye (2), les obsessions et les impulsions sont généralement des stigmates psychiques de dégénérescence. On peut les rencontrer cependant chez des personnes non dégénérées; dans ces cas elles seraient de nature suggestive, les obsessions et les suggestions seraient alors des auto-suggestions.

Krafft-Ebing (3) donne le nom de représentations obsédantes (Zwangsvorstellungen) à ces représentations qui se fixent dans la conscience avec une intensité et une durée morbides. Leur origine doit être probablement recherchée dans l'excitation physiologique de certains centres d'idéation. Elles ne doivent pas être confondues avec les idées délirantes où le moi n'a pas conscience du caractère maladif de ces idées.

La cause occasionnelle directe de l'obsession morbide est la contagion morale. La vue d'une exécution capitale, la nouvelle d'un suicide, le récit palpitant d'un assassinat, l'as-

1. Mendel ueber Zwangsvorstellungen. — Neurol. Centralbl., 1898.
2. Arie de Jong. — Congrès de Moscou, 1897.
3. Krafft-Ebing. — *Traité clinique de Psychiatrie.*

pect d'instruments de meurtre suffisent à éveiller le désir irrésistible de verser le sang.

Il signale les obsessions dans la période dépressive de la dégénérescence psychique ; mais il les étudie surtout dans la neurasthénie. Il distingue deux groupes dans les psychoses neurasthéniques : le groupe psycho-névrotique et le groupe dégénératif. Les obsessions du premier groupe ont un caractère accidentel qui contraste avec le caractère durable de celles qu'on trouve dans le second.

Grashey (1) admet que, contrairement à ce qui est généralement admis, il y a des cas où de certaines idées, comme à l'état normal, échappent à la volonté. Il distrait des obsessions, dont on n'a pas assez limité le domaine, certaines phobies.

Freud (2) a repris dernièrement l'étude du mécanisme psychique des obsessions. Il ne les rattache ni à la neurasthénie ni à la dégénérescence, il en fait une névrose spéciale. Il distingue l'obsession de la phobie et pour lui l'obsession ne devient pathologique que quand l'état émotif s'éternise, quand l'idée associée n'est plus l'idée juste. C'est une véritable *substitution* de l'idée originale. Cette substitution pourrait être envisagée comme un acte de défense du moi contre l'idée inconciliable.

Pour Bénédikt (3) les actes dits *irrésistibles* ne relèvent effectivement de l'aliénation mentale que lorsqu'ils se présentent sous la forme de véritables explosions et ne sont pas seu-

1. Grashey. — In *Allgemein. Zeits, f. Psch*, 1894.
2. Freud. — In Revue neurol., 1895.
3. Benédikt. — *Sur la folie morale et ses rapports avec la criminalogie.* Arch. neurol., 1896.

lement l'exagération d'un état normal. Pour lui les obsessions impulsives sont nécessairement impossibles à prévoir; elles entraînent par conséquent la non culpabilité.

Donth (1) propose pour tous les états psychiques d'obsession, qui ont tous une même origine, un nom collectif : l'*Anancasme* (ανάγκη-contrainte). Pour lui, les états obsédants ne sont pas les symptômes d'une psychose, mais une entité morbide caractérisée par ces idées ou actes obsédants.

En Angleterre, J. Prichard (1785-1848) décrit sous le nom de *moral insanity* une forme d'aliénation mentale caractérisée par le manque d'harmonie entre les facultés intellectuelles, paraissant intactes, et les troubles graves du sentiment et du caractère.

Clouston (2), dans un chapitre sur les états d'inhibition défectueuse considére comme une folie qu'il nomme *folie inhibitoire*, le défaut du pouvoir inibitoire et l'impulsion morbide sans autres symptômes mentaux.

« En rapport, dit-il, avec les problèmes médico-psychologiques d'inhibition et d'impulsion mentale, nous avons à considérer ces tendances physiologiques, plus ou moins fortes chez les individus les plus humains et dont la satisfaction fait plaisir. Qu'elles soient le résultat de la transformation d'énergies physiologiques normales ou autres, ces tendances existent et nous devons les accepter comme des faits naturels. »

Pour lui, il y a une véritable analogie physiologique entre l'agitation des membres d'un homme atteint de chorée qui essaye de contrôler ses mouvements et les impulsions maladives au meurtre, au suicide, à la violence que les patients

1. Donth. — In Revue neurol., 1896.
2. Clouston. — Clinical Lectures on Mental diseases.

redoutent, déplorent et auxquelles ils essayent de résister sans qu'ils soient capables de le faire. L'existence de ces actes impulsifs peut être mis en doute par des sociologistes *a priori*, ridiculisée par des journalistes, le danger de les reconnaître peut être peint d'une sombre couleur par les légistes, tout cela ne peut empêcher de les constater dans la nature humaine.

En règle générale, il admet que ces états d'inhibition défectueuse appartiennent à la classe des tares héréditaires ou à celle dont les fonctions cérébrales normales ont été altérées par l'abus de l'alcool. Dans quelques cas peu nombreux, il admet qu'une éducation simplement défectueuse du cerveau dans la jeunesse peut finir par une hyperkinésie morbide.

Il décrit les impulsions à l'homicide et au suicide dont il cite de nombreuses observations, et se rapproche de la théorie de Magnan pour en expliquer la genèse. Bears dénomme les obsessions les *peurs morbides*. (*Morbid fears*).

Knapp (1), de Boston, rattache les idées impératives à la neurasthénie. Il tend cependant à reconnaître que ces troubles mentaux sont des états indépendants. Ils peuvent exister chez des neurasthéniques; mais ils ne constituent pas un symptôme de la neurasthénie.

Morton Prince a publié un cas d'idée impérative ou « d'impulsion homicide » qu'il fait suivre de réflexions où il montre combien il est important de connaître ces états au point de vue légal.

Hughes (Suicide. Saint-Louis, 1897) et Sullivan (Alcoolisme and suicidal impulses. London, 1898), dans des études intéressantes se sont occupés des impulsions au suicide.

1. Knapp. — Th. Boston médical and surgical Journal, 1896.

En Italie, Buccola (1), auquel on doit une monographie excellente, pense que les obsessions sont causées par des associations d'idées irrégulières, provoquées par le fonctionnement anormal d'un petit nombre de groupes cellulaires. L'état obsédant se réduirait ainsi à des arrêts d'association intra-corticaux.

Tamburini (2), en étudiant la maladie du doute, ne voit dans tous ces cas qu'un processus d'idéation anormal, isolé, lié à une faiblesse de la volonté. L'obsession se verrait surtout chez les dégénérés psychiques et serait la manifestation première de la dégénérescence mentale.

Pour Verga (3) les obsessions sont les signes d'une grave neurasthénie, elles peuvent se développer chez un sujet normal comme chez un dégénéré.

Morselli (4), à l'exemple de Krafft-Ebing et de Mendel, en fait une entité morbide distincte: la paranoïa rudimentaire.

De Sarlo soutient que l'obsession relève d'une activité psychique inconsciente qui se déploierait surtout dans les formes dégénératives.

Ventra et Guiseppe Tonoli se sont occupés aussi des obsessions et des idées fixes impulsives.

Enfin Marti y Julia, de Barcelone, au Congrès internationa de Moscou, dans une communication sur l'impulsivité morbide, admet que l'impulsivité vraie, est celle qu'on appelle impulsivité morbide; l'impulsivité physiologique n'existe pas. L'impulsion morbide est pour lui un trouble patholo-

1. Buccola. — *Le Idée fisse.* In Riv. Sper di fren, 1880.
2. Tamburini. — Sulla pazzia del dubio (in Riv. Sper di fren, 1880).
3. Verga. — In Manicom. mod. IV, 3.
4. Morselli. — *Sur les folies par idées fixes. Sur la paranoïa rudimentaire d'origine neurasthénique* (Riv. Sper di fren).

gique des dégénérés, non pas un stigmate. Les caractères qu'il lui attribue sont identiques à ceux décrits par l'école de Sainte-Anne.

Pour nous résumer, nous voyons combien nombreuses sont les opinions émises par les auteurs sur la question des obsessions et des impulsions morbides, à l'homicide et au suicide. A l'étranger, les uns les considèrent comme des entités maladives distinctes, d'autres, adoptant les idées de l'école de Sainte-Anne, les rattachent exclusivement à la dégénérescence mentale, d'autres enfin les regardent comme des manifestations neurasthéniques.

En France, nous avons considéré deux périodes qui répondent à deux conceptions différentes.

Dans la première, les obsessions et impulsions au suicide et à l'homicide ne sont étudiées qu'à un point de vue purement clinique, on ne regarde que la manifestation morbide. Ce sont des monomanies distinctes pour les uns, des états sympathiques, des folies intermittentes pour d'autres ; on les décrit sous le nom de folie lucide — folie avec conscience — folie impulsive.

Dans la deuxième période on se préoccupe du point de vue étiologique. Morel établit sa doctrine des dégénérescences dans l'espèce humaine et les auteurs synthétisant la question tendent à considérer les obsessions et les impulsions comme des manifestations de la dégénérescence. Morel, cependant, ne les fait pas rentrer dans son cadre des états dégénératifs. Il fait de ces syndromes une névrose du système nerveux ganglionnaire qu'il appelle délire émotif. C'est alors que l'école de Sainte-Anne reprend la question avec Magnan. Elle posa en principe que ces états ne sont que des phéno-

mènes similaires, des apparences cliniques. Le syndrome fait corps avec l'état mental lui-même du dégénéré et il n'en est qu'un des aspects contingents. Le Congrès de médecine mentale de Paris, tenu en 1889, formule les caractères spécifiques des obsessions en ratifiant le travail de M. Falret et déclare l'obsession morbide *habituellement* héréditaire.

Il s'éloigne déjà de la conception de Magnan, de Charcot et de leurs élèves pour qui, au contraire, l'hérédité est une condition indispensable.

La conception des obsessions et des impulsions morbides entre, en effet, dans une troisième période avec MM. Régis, Séglas et Ballet qui considèrent ces troubles comme des manifestations de la neurasthénie.

CHAPITRE II

Définition de l'obsession et de l'impulsion morbides. Leur psycho-physiologie.

« Toute manifestation cérébrale d'ordre intellectuel ou affectif, qui s'impose à la conscience en dépit des efforts de la volonté, interrompant ainsi pour un temps ou d'une manière intermittente le cours régulier des associations d'idées est une obsession.

« Tout acte consciemment accompli qui n'a pu être inhibé par un effort de la volonté est une impulsion. »

C'est ainsi que s'exprime M. Legrain (1) en partant de l'obsession et de l'impulsion à l'état normal, phénomènes qui font partie de la biologie cérébrale.

Que faut-il donc entendre en premier lieu par impulsion et obsession physiologiques? L'impulsion physiologique, prise dans son sens le plus large, dit Dallemagne (2), n'est que le réflexe classique avec ses conducteurs centripètes, ses centres associés et ses conducteurs centrifuges. L'impulsivité siège donc avec le réflexe lui-même au début de toute notre activité.

Suivant les variations que l'on trouve dans cet arc réflexe,

1. — Legrain *De l'obsession et de l'impulsion en général et de l'impulsion à boire en particulier.* (Dipsomanie, 1894.)

2. Dallemagne. — *Dégénérés et déséquilibrés.*

l'impulsion traduit à sa manière l'individualité organique, et nous comprenons de cette façon le rôle de critérium général qu'on tend à lui attribuer. Elle reflète, en effet, les variations de l'excitation initiale, les attributs des centres de réception et de perception, les mécanismes de nos différents modes d'expression et d'action.

Les éléments les plus importants sont les centres de perception d'une part, d'autre part les centres d'élaboration et de transformation. Eux seuls expliquent les variations de l'impulsivité dans le groupe dégénératif, et ses modalités dérivent directement de leurs manières particulières de percevoir et de réagir.

Les centres de perception sont en relation intime avec l'extérieur, le milieu ambiant vient s'y répercuter et l'excitation commence à s'y transformer.

L'état du terrain agira donc sur cette transformation et l'influx qui sortira de ce centre portera un reflet de sa personnalité. Sa physiologie, sa pathologie, son déséquilibre se trouveront comme concrétés et individualisés dans le courant centrifuge (1). L'excitation passe de là dans les centres d'élaboration et de transformation.

L'individualité de ces centres, leur équilibre plus ou moins instable influencera plus ou moins l'excitation qui s'y transforme, et ainsi ils contribueront, dans une large part, à l'élaboration centrifuge de second ordre qui aboutit à la mise en liberté de l'influx moteur terminal, à l'acte lui-même.

L'étude du mécanisme de l'impulsion implique celle d'un autre processus, celui de l'inhibition. Sans lui l'impulsion serait un mode d'activité très simple, elle ne prend de valeur

1. Dallemagne. — *Dégénérés et déséquilibrés.*

réelle et spécifique que par l'inhibition qui la mesure et la règle. Dans sa pérégrination à travers les centres de perception, puis d'élaboration et de transformation l'influx doit subir des phénomènes d'interférence dus à l'inhibition. Ils peuvent s'exercer sur tout le parcours de l'arc réflexe et l'on peut représenter l'influx inhibiteur comme un autre arc réflexe auquel on peut appliquer les mêmes considérations que nous avons émises à propos du premier.

« L'impulsion normale, dit Dallemagne, résulte donc d'un affaiblissement momentané de l'inertie fonctionnelle, soit d'une intensité trop considérable et anormale de l'excitation. L'impulsion du déséquilibré traduit, au contraire, le déséquilibre d'un ou de plusieurs des centres de réception ou d'élaboration.

« Dans le premier cas, la raison de l'impulsion réside dans un état asthénique de l'organe ou dans un caractère hyperesthénique de l'influx excitateur. Cette impulsion semble donc étrangère soit à l'état normal du sujet, soit à l'état normal du milieu. Elle est, en un mot, extrinsèque à la manière d'être habituelle de l'organisme. Elle ne traduit qu'un accident momentané dans une existence régulière et normale. C'est l'impulsion physiologique.

« Dans le second cas, elle dépend de la nature même des éléments nerveux ; elle leur est intrinsèque. Elle symbolise leur individualité et peut passer pour l'expression de leur nature et de leur fonctionnement. Elle contient virtuellement les diverses formes de l'impulsion morbide qui, chez les déséquilibrés de haute marque, est avant tout une fonction de l'hyperexcitabilité du circuit et de la faible inhibition du territoire voisin (1) ».

L'impulsivité est la caractéristique des états de déséquilibre. Cette tendance à l'impulsion qui caractérise un état, une prédisposition commune, doit être distinguée de l'impulsion morbide. Celle-ci implique l'obsession mordide ; elle en

1. Dallemagne. — *Dégénérés et déséquilibrés.*

est la conséquence finale, son irradiation vers les zônes rolandiques, son explosion motrice.

Voyons donc ce qu'est l'obsession morbide; mais avant disons un mot de l'obsession normale.

Que comporte l'obsession? Elle résume la négation plus ou moins considérable de la réflexion, du jugement, de la volonté. Elle présente des degrés différents, elle peut être faible, passagère, transitoire. C'est un mot qui nous revient, un air qui nous incommode, une préoccupation qui nous importune. Mais l'obsession à l'état normal est facile à réprimer : elle n'entrave pas les autres fonctions intellectuelles, elle laisse libre les centres supérieurs qui ne perdent pas leur contrôle et leur influence modératrice sur les centres psycho-moteurs : l'obsession n'aboutit pas alors à l'impulsion.

Que traduit donc l'obsession ? Elle traduit le déséquilibre d'une ou d'un certain nombre de nos sensations synthétisées en dernière analyse dans nos tendances affectives.

Pour aboutir à l'impulsion morbide, l'obsession morbide doit présenter un certain degré d'intensité et être accompagnée d'une inhibition des centres circonvoisins. Il faut que la tension du centre obsédé, dit Dallemagne, franchisse la distance qui le sépare des centres moteurs. Elle doit vaincre des résistances physiologiques représentées par la stabilité et l'organisation des résidus à traverser.

Quel est le rôle de l'inhibition dans l'obsession ? L'inhibition exercée par l'obsession morbide n'est comme cette dernière que le reflet de la tension des centres sous-jacents; l'irradiation qui est un caractère de sa nature explique son mécanisme. La même tension qui provoque l'explosion

motrice de l'obsession détermine aussi les phénomènes inhibitoires dont elle est accompagnée.

« Les obsessions et les impulsions morbides, dit Dallemagne, dominent toute la pathologie dégénérative. Sous des formes variées, elles sont à l'origine de la plupart des actes des déséquilibrés; elles traduisent un état de déséquilibre. Sous tous ses aspects, elles l'annoncent de loin dans les dégénérés supérieurs, elles l'affirment irréductible et permanent chez les inférieurs.

L'impulsion qui traduit l'obsession n'est physiologiquement comme pathologiquement qu'un réflexe. Normale elle traduit l'équilibre psychique, reflet de l'équilibre affectif, qui n'est lui-même qu'une synthèse d'équilibres; morbide, elle est la preuve du déséquilibre de l'individu. Normale, elle implique des rapports réguliers de l'activité interne et externe; morbide, elle proclame la désharmonie de l'être et du milieu. »

Dallemagne ajoute :

« L'une et l'autre réclament comme condition essentielle, un centre, siège d'une hypertension, visant à la décharge. Toutes deux sont tributaires des lois physiologiques qui règlent les réflexes et les rapports des territoires centraux. Toutes deux s'accompagnent de phénomènes douloureux, suivis de satisfactions et d'apaisement fonctionnel; elles montrent que dans la vie normale comme dans la vie morbide, l'être humain fuit la douleur, recherche le plaisir. Cette double tendance est du reste universellement proclamée aujourd'hui.

« Quelque formule qu'on veuille choisir pour expliquer les faits, dit de son côté Meynert (1), la plus simple sera toujours, que dans les actes les plus compliqués, les plus incompréhensibles, les plus énigmatiques de l'homme, la fuite du plus grand déplaisir est la règle de conduite, le motif déterminant. »

D'après ce que nous venons de dire, nous voyons ce que sont l'obsession et l'impulsion physiologiques. L'impulsion

1. Meynert. — Psychiatrie. Bruxelles, 1888.

est à l'acte ce que l'obsession est à l'idée. Si l'obsession peut exister seule, l'impulsion est ordinairement le dernier terme d'une série d'obsessions. Les deux phénomènes sont reliés l'un à l'autre par la voie psychologique reliant les actes de la vie cérébrale : c'est la pensée qui se transforme en acte; c'est l'idée qui s'extériorise et se traduit par une série d'actions musculaires.

Généralement ces deux états physiologiques sont rares, ils sont presque toujours l'expression d'un trouble morbide. En effet,un centre ne peut longtemps fonctionner isolément chez un individu conscient, mais frappé d'une impotence de la volonté,sans que l'enchaînement dans les opérations intellectuelles ne s'en ressente, perturbation qui s'accompagne d'un état de souffrance, par suite d'un état pathologique.

Sans reprendre le mécanisme de l'obssession et de l'impulsion normale que nous avons déjà décrit, voyons quelle est normalement la succession des phénomènes intellectuels, et comment Magnan et l'école de Sainte-Anne la considèrent.

A la suite d'une excitation quelconque, une idée naît dans les centres supérieurs, elle est aussitôt reliée à une série d'associations d'idées,à une sensation,à un sentiment.La conscience, c'est-à-dire les centres d'élaboration, de transformation, s'en empare, la contrôle, et l'idée se transforme en acte par l'intervention de la volonté. Si cependant une idée surgit dans le champ de la conscience sans être reliée à ses générateurs, si cette idée est l'expression d'une irritation exagérée des centres qui l'ont engendrée et si sa répétition incessante entrave le cours normal des associations d'idées antérieures, la volonté sera comme désarmée, comme paralysée

et l'obsession sera constituée (1). Elle reposera donc sur deux éléments indispensables suivant Magnan et Legrain (2), à savoir :

1° Fonctionnement subit d'un centre isolé sans que ce fonctionnement soit sollicité par les besoins du moment.

2° Impuissance momentanée de la volonté à chasser le phénomène qui s'impose.

Ces deux phénomènes sont les éléments constitutifs de l'obsession.

Si l'obsession se traduit, au contraire, par une action tangible, si une série d'actes s'accomplissent sans être commandés par autre chose que par un sentiment ou une sensation hypertrophiés, échappant au contrôle de la raison, la volonté paraît encore ici désarmée, subjuguée, il y a inhibition des centres sous-jacents selon Dallemagne ; l'impulsion est constituée.

Pour Magnan, l'impulsion décomposée en ses élements psychologiques les plus essentiels est donc constituée par deux facteurs :

« 1° Fonctionnement subit d'un centre ou d'un groupe de centres isolés, sans que la raison et la logique aient réclamé cette entrée en action.

« 2° Impuissance momentanée de la volonté à exercer son action d'arrêt.

« En résumé, disent MM. Magnan et Legrain, la raison d'être de l'obsession et de l'impulsion est la rupture de l'équilibre des opérations intellectuelles, engendrée par le fonctionnement

1. Legrain. — *De l'obsession et de l'impulsion en général, de l'impulsion à boire en particulier.*

2. Magnan-Legrain. — *Les dégénérés.*

exagéré d'un certain nombre de centres et entraînant passagèrement l'impuissance de la volonté. »

Il n'y a pas inhibition proprement dite de la volonté comme semble l'admettre Dallemagne, il y a simplement exagération de l'activité d'un ou de plusieurs centres sur lesquels le taux normal de la volonté n'a plus de prise. Tel est le fonds même de la théorie émise par M. Magnan sur l'obsession et l'impulsion morbides.

Entre le phénomène physiologique et le phénomène pathologique, il n'y a qu'une différence de degré, dont la cause résidera précisément dans un état défectueux natif de l'organe cérébral.

Que faut-il psychologiquement pour que l'obsession et l'impulsion physiologiques deviennent des syndromes morbides? Si ces phénomènes, au lieu de rester isolés dans la série des états de conscience, prennent une importance telle que, par leur persistance et leur répétition, ils arrivent à substituer à la fatigue habituelle un véritable état de souffrance ; s'ils puisent leur origine dans des sensations anormales (impulsion à tuer, impulsion au suicide, etc.), ils constitueront l'état morbide. L'obsession et l'impulsion sont alors tenaces, tyranniques, elles s'accompagnent de douleur morale tellement intense qu'elles subjuguent la volonté. Le sujet conscient est impuissant à chasser l'obsession, à arrêter l'impulsion ; averti, il contemple étonné cette sorte d'automatisme d'une partie de lui-même, suivant l'expression de M. Legrain.

Envahi par l'obsession qui devient impérieuse, le malade engage une véritable lutte dont il sent qu'il sortira vaincu.

« L'obsession dérive alors à son profit l'attention du malheureux, le captive, le subjugue et en fait une victime impuissante. L'angoisse est à son comble et se traduit par des signes physiques (anxiété précordiale, tremblement, etc...) qui sont le cortège invariable de toute obsession ou impulsion pathologiques (1). »

Si à l'obsession succède l'impulsion, le malade reste profondément affligé d'avoir succombé, mais il en ressent un bien-être inexprimable. La rémittence est du reste de courte durée ; l'obsession renaît, l'impulsion réclame une nouvelle satisfaction.

Telles sont l'obsession et l'impulsion pathologiques suivant les idées émises par Magnan et Legrain (2).

Elles sont réductibles aux mêmes caractères que leurs homologues physiologiques, en y ajoutant la souffrance morale et l'angoisse concomitantes.

La production de ces phénomènes comporte-t-elle réellement une maladie de la volonté? Le taux normal de l'énergie volontaire est souvent surélevé dans la lutte contre l'obsession, et si la volonté succombe ce n'est pas en vertu d'une faiblesse passagère, mais parce qu'elle lutte contre une force supérieure. Dans cet immense déséquilibre des facultés qui préexiste à l'apparition des obsessions et des impulsions, la diminution de la puissance réactionnelle des individus est un fait certain, mais cet affaiblissement de l'énergie volontaire n'est jamais le fait le plus saillant.

Les caractères psychologiques de l'obsession et de l'impulsion pathologiques peuvent se résumer ainsi :

« *Retour* incessant de l'obsession et de l'impulsion auquel les

1. Legrain. — Déjà cité.

2. Magnan-Legrain. — *Les dégénérés.*

sujets n'offrent qu'une résistance inutile (irrésistibilité); *conscience* lucide du phénomène qui s'impose; *lutte* énergique dans le but de s'en affranchir; *torture morale* complémentaire de l'idée d'impuissance; *soulagement organique* consécutif à la satisfaction donnée à l'impulsion. »

M. Legrain définit l'obsession pathologique « un syndrome morbide caractérisé par l'apparition brusque d'une idée ou d'un groupe d'idées qui, sous forme de paroxysmes, s'imposent à la conscience lucide, interrompant pour un temps le cours normal des associations d'idées, en dépit des efforts de la volonté, dont l'impuissance se traduit par une angoisse et une souffrance morale intenses. »

Il définit de même l'impulsion pathologique « un syndrome morbide caractérisé par une action ou série d'actions accomplies par un sujet lucide et conscient, sans l'intervention et malgré l'intervention de la volonté, dont l'impuissance se traduit par une angoisse et une souffrance morale intenses. »

Toutes les obsessions et les impulsions morbides sont réductibles aux mêmes éléments psychologiques ; l'obsession et l'impulsion à l'homicide et au suicide sont du nombre; les facteurs sont les mêmes et se réduisent à un phénomène d'arrêt de la volonté accompagné d'angoisse. Elles constituent le groupe des syndromes que Magnan a si bien réunis sous le nom de syndromes épisodiques de la folie des dégénérés.

Nous définirons avec lui :

« *L'obsession*, un mode d'activité cérébrale dans lequel un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit en dehors de la volonté, mais sans malaise, à l'état normal, avec, au contraire, une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible à l'état pathologique.

« L'impulsion, un mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est parfois impuissante à empêcher. »

A côté des théories émises par Magnan et Dallemagne, d'autres nombreuses ont été développées par différents auteurs, nous ne citerons que les principales.

A l'étranger : Westphal, Krafft-Ebing, Mendel définissent l'obsession, une représentation mentale qui, malgré la volonté du malade, s'impose à la conscience, y occupe le premier plan sans porter atteinte à l'intelligence. Cette représentation très difficile à chasser, coupe et empêche la succession régulière des idées. Le malade la perçoit comme une idée anormale et irrégulière et la combat avec sa conscience demeurée saine ; c'est la paranoia rudimentaire.

Freud (1) soutient la théorie de la substitution. Pour lui, dans l'obsession vraie, l'état émotif est la chose principale. Seulement, et c'est dans ces deux caractères que consiste l'empreinte pathologique, l'état émotif s'éternise et l'idée associée n'est plus l'idée juste, l'idée originale, en rapport avec l'étiologie de l'obsession, elle en est un remplaçant, une substitution. Les idées substituées ont des caractères communs, elles correspondent à des impressions vraiment pénibles de la vie sexuelle de l'individu que celui-ci s'est efforcé d'oublier. Il a réussi seulement à remplacer l'idée inconciliable par une autre idée mal appropriée, à l'associer à l'état émotif qui, de son côté, est resté le même. C'est cette mésalliance de l'état émotif et de l'idée associée qui rend compte du caractère d'absurdité propre aux obsessions.

1. Freud. — *Obsessions et Phobies, leur mécanisme psychique et leur étiologie*. Rev. Neurol., 1895.

Comment cette substitution peut-elle se faire?

Elle est, dit-il, l'expression d'une disposition psychique. Le motif de cette substitution peut être envisagé comme un acte de défense du moi contre l'idée inconciliable.

Schüle (1) comme Freud admet comme base de l'obsession un état émotif qu'il rattache au nervosisme. Ce signe élémentaire peut déterminer un autre syndrome, une folie particulière, de véritables monomanies comme l'impulsion homicide ou suicide.

En Italie, Tamburini, se plaçant au point de vue psychologique, divise les obsessions en trois groupes : les obsessions intellectuelles, les obsessions émotives et les obsessions impulsives.

Morselli se fondant sur l'analogie entre les obsessions impulsives et les obsessions émotives où il y a tendance à l'acte n'admet que deux formes de paranoïa rudimentaire : l'idéative et l'impulsive.

Angelucci, reprenant la théorie de Lombroso, considère le fou moral, l'impulsif à l'homicide comme un épileptique (épilepsie larvée).

En France, Cullere (2) définit les impulsions au suicide et à l'homicide, des tendances automatiques dont le malade a conscience, mais que son moi trop faible ne peut réprimer. Il y a chez lui défaut d'équilibre entre les centres psychomoteurs et les centres modérateurs.

M. Garnier, au Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles, à propos de la discussion sur l'obsession du meurtre s'exprime ainsi .

1. Schule. — *Maladies mentales.*
2. Cullerre. — *Traité des maladies mentales.*

« L'obsession homicide entretient dans les centres d'idéation un éréthisme qui a ses périodes d'exacerbation mais qui est à peu près permanent. L'obsédé, aux périodes de crise surtout, a la représentation mentale de l'acte criminel. Il en tressaille, il a le vertige, il se sent saisir par l'impulsion. Des irradiations d'excitation cérébrale se propagent des centres d'idéation aux centres moteurs. Car toute idée appétitive du mouvement est un appel pressant à l'exécution de ce mouvement, dont elle est le principe. D'où la transformation de l'obsession simple en impulsion proprement dite est un besoin moteur, et d'où aussi, la détente, l'apaisement des centres psycho-moteurs, lorsque la décharge motrice, c'est-à-dire l'accomplissement de l'acte, a donné en dégageant l'énergie motrice lentement accumulée, satisfaction au besoin ressenti. »

Luys se plaçant au point de vue purement physiologique, Falret au point de vue clinique, groupent, à l'exemple de Tamburini, les obsessions en trois groupes : intellectuelles, émotives, impulsives.

Bourdin (1) dans un travail d'ensemble sur l'impulsion et sa valeur psychologique, se basant sur la définition du mot impulsion, soutient que, pour qu'il y ait impulsion, il faut de toute nécessité que l'acte soit accompli. On dira, dit-il, « que tel individu a été victime d'une impulsion parce que ou puisque il a accompli un acte prémédité par lui, non consenti par son libre arbitre. L'impulsion n'est pas l'acte, elle est un phénomène tout psychique. Mais elle n'a de raison d'être que par l'acte qu'elle a engendré.

L'auteur s'éloigne donc de la définition de Magnan en voulant que l'impulsion soit toujours suivie de l'acte. Il définit

1. Bourdin. — *De l'impulsion. Sa définition, ses formes et sa valeur psychologique.* Ann. méd. psych., 1896. — *De l'impulsion et spécialement de ses rapports avec le crime* (Th. Paris, 1894).

l'impulsion: « Un mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est impuissante à empêcher. »

Pitres et Régis (1), dans le rapport qu'ils ont présenté au Congrès international de Moscou, sur la séméiologie des obsessions et idées fixes, soutiennent que l'obsession est un état morbide à base émotive. Se basant sur ce fonds commun, l'émotion, ils classent les états d'obsession en trois grands groupes :

1° L'état obsédant à anxiété diffuse ou panophobique,

2° L'état obsédant avec anxiété systématisée ou monophobique (phobie proprement dite).

3° L'état obsédant avec anxiété intellectuelle ou monoidéique, l'obsession proprement dite.

L'obsession proprement dite elle-même comprend trois groupes d'obsessions :

Les obsessions idéatives, les obsessions impulsives et les obsessions hallucinatoires dont M. Séglas est le promoteur, et que Stefani et Catsaras ont observées dans plusieurs cas.

Parlant des obsessions impulsives, ils n'admettent pas l'existence d'une forme d'obsession particulière caractérisée par des impulsions, toute idée étant un mouvement en germe et toute obsession idéative étant elle-même en somme une impulsion intellectuelle. Ils ne croient pas que les obsédés aboutissent souvent à l'exécution d'un délit ou d'un crime. Si l'obsession impulsive aboutit, ce n'est que dans le cas où elle n'est pas pure et où il s'y joint un autre facteur tel que : dégénérescence marquée, affaiblissement intellectuel, intoxication alcoolique, morphinique ou autre, idée déli-

1. Pitres et Régis. — *Séméiologie des obsessions et idées fixes*. Arch. Neurol., 1897. — Congrès de Moscou, 1897.

rante, contagion par l'exemple ou les journaux etc... En est-il de même pour le suicide? Dans ce cas l'obsédé cède plus à l'impulsion, et ils reconnaissent que l'obsédé arrive plus souvent à se suicider.

A leur exemple Féré admet aussi comme base de l'obsession et de l'impulsion un état émotif. « A la base de toute activité psychique, dit-il, il y a un état émotionnel en rapport avec une excitation locale ou générale, qu'elle soit perçue ou non. Les impulsions dites irrésistibles que l'on qualifie aussi quelquefois à tort d'automatiques, sont toujours en rapport avec une émotivité morbide, en conséquence de laquelle une irritation, perçue ou non, détermine une décharge qui suivant qu'elle est plus ou moins rapide est « inconsciente ou consciente. »

Séglas dit: « L'obsession n'est, en résumé, qu'un état particulier de la désagrégation psychologique, une sorte de dédoublement de conscience. »

MM. Raymond et P. Janet, dans les deux formes d'obsessions qu'ils décrivent, les obsessions de forme hystérique et les obsessions de forme psychasténique, font jouer un grand rôle à la subconscience dans la genèse de l'idée obsédante.

Fouillée admet la théorie de l'idée-force; pour lui toute idée est une force qui tend à se réaliser.

Pour Ribot, enfin, c'est une maladie de la volition.

En résumé nous voyons combien les théories émises sur l'obsession et l'impulsion morbides sont nombreuses; chacun cherche à résoudre ce grave problème de psychologie morbide. En suivant la théorie émise par Magnan et son école, nous dirons que le mécanisme de l'obsession et de l'impulsion peut se réduire à trois termes:

1° Destruction ou arrêt de développement de certains centres.

2° Suractivité momentanée ou durable de certains centres.

3° Diminution momentanée ou durable de l'activité de certains centres.

Les conséquences que l'on peut tirer de ce mécanisme physiologique sont : la suppression de certaines fonctions, l'automatisme des centres surexcités, enfin l'inhibition exagérée, exercée sur les centres moins valides.

« On assiste, dit Magnan (1), à une véritable ataxie cérébro-spinale; ataxie de la pensée, des sentiments, de la volonté, ataxie des fonctions psycho-motrices, automatisme médullaire. »

L'obsédé travaillé par l'idée criminelle ne va vers le crime que pour atteindre la satisfaction d'un centre en état d'éréthisme.

« Au fond de tous nos actes, dit Dallemagne (2), nous retrouvons le déterminisme sous sa forme inexorable. La vie humaine porte partout la même empreinte : fuir la douleur, rechercher la satisfaction. Cette grande loi se vérifie partout dans l'animalité. Elle domine la vie normale, elle pénètre tout aussi intimement la vie morbide. »

1. Magnan et Legrain. — *Les dégénérés.*
2. Dallemagne. — *Dégénérés et déséquilibrés.*

CHAPITRE III

Étiologie

I. — Causes prédisposantes.

On doit considérer en premier lieu dans l'étiologie de l'obsession et de l'impulsion morbides le terrain sur lequel apparaissent ces phénomènes. Comme dans tout état maladif ce point est essentiel, et plus encore dans l'étude qui nous occupe. Cette question du terrain est discutée et plusieurs théories sont en présence.

Magnan admet comme facteur indispensable de l'obsession morbide un terrain de dégénérescence. Mais quelles sont les causes de cette dégénérescence? On lui reconnaît deux facteurs principaux : des influences héréditaires qui sont essentielles ; des influences acquises produisant des tares psycho-physiques s'éteignant avec le sujet, des tares devenant constitutionnelles, germes de phénomènes de même nature se reproduisant chez les descendants.

Leur résultat est le dégénéré qui forme une immense famille qui s'étend depuis l'idiot dont la vie cérébrale est nulle et qui est le degré ultime dans l'échelle des dégénérescences, jusqu'au déséquilibré, le dégénéré supérieur, en passant par les imbéciles et les débiles.

Ces différents états dégénératifs nous présentent des caractères communs : des influences héréditaires qui sont les causes génératrices, des stigmates marquant cette influence, stigmates physiques et psychiques.

L'hérédité qui est le facteur principal se fait sentir non seulement sous la forme progressive ou transformée de Morel mais aussi sous la forme similaire. Nous avons déjà parlé des stigmates de dégénérescence ; qu'il nous suffise de rappeler qu'ils doivent présenter deux conditions essentielles : leur apparition dès la naissance et leur permanence.

« Au point de vue physique comme au point de vue mental, le dégénéré est un déséquilibré, un irrégulier, un asymétrique, suivant l'expression de MM. Magnan et Legrain.

« La déséquilibration de l'axe encéphalo-médullaire, dit Magnan, est la base de la dégénérescence mentale. ». Elle s'exprime chez le dégénéré supérieur en ce sens que les différents centres nerveux « ne sont plus unis suivant une harmonieuse hiérarchie qui s'élève de degrés à degrés jusqu'à l'hégémonie suprême du lobe frontal ; ils sont au contraire isolés, soustraits aux représentations salutaires des centres appréciateurs et volitionnels. »

Chez eux l'automatisme se montre dans ce qu'il a de plus absolu. D'où résultent des syndromes morbides caractéristiques, les obsessions et les impulsions irrésistibles qui sont l'expression la plus parfaite de l'état de déséquilibre.

Magnan désigne ces états morbides sous le nom de *Syndromes épisodiques des héréditaires* pour marquer qu'ils ne sont qu'une épisode dans l'histoire des dégénérés et que sous la variété de leurs formes ils conservent toujours les mêmes

caractères : *irrésistibilité*, *angoisse concomitante*, *conscience complète de l'état et satisfaction consécutive à l'acte accompli.* Ils sont les stigmates psychiques du dégénéré.

En résumé, pour Magnan, l'obsession et l'impulsion morbides sont des stigmates psychiques de la dégénérescence mentale, état presque essentiellement héréditaire.

Ces différents syndromes et ceux que nous étudions en particulier sont donc le propre même du dégénéré et comme nous l'avons dit précédemment ne peuvent se rencontrer que chez le dégénéré.

A côté de cette théorie de la dégénérescence mentale il s'en est édifiée une autre, qui tout en reconnaissant que l'étiologie dégénérative est la plus fréquente sans conteste, admet que l'obsession et l'impulsion morbides au suicide et à l'homicide peuvent se développer en dehors de tout état dégénératif. Cette théorie est soutenue par Séglas, Régis et Féré en France, par Adriani, Ventra et surtout Morselli en Italie. Ils distinguent ainsi deux formes d'obsession et d'impulsion morbides : une forme dégénérative et une deuxième forme qu'ils nomment forme accidentelle neurasthénique. Le terrain où apparaît le syndrome est la neurasthénie. Mais qu'est-ce que la neurasthénie par rapport à la dégénérescence mentale ?

Le neurasthénique comme le dégénéré possède des stigmates ; stigmates anatomiques, qui sont généralement peu développés ; des stigmates psychiques, le neurasthénique est souvent un détraqué, un phobique, un impulsif ; malgré des facultés très brillantes, il a des périodes d'inertie intellectuelle, éprouve des faiblesses de la volition ; enfin la tendance à l'hypocondrie est habituelle chez ces malades. Il

présente aussi les stigmates sociologiques que Dallemagne (1) décrit chez le dégénéré.

« Le neurasthénique est un extra-social, dit cet auteur, il est hors de l'activité commune ; les éclaircies d'énergie que lui laisse la névropathie ne le réveille qu'imparfaitement. Ce sont les craintifs, les découragés : ils sont incapables de se conduire eux-mêmes ; ils suivent les autres, restent toute leur existence en sous-ordre, enfin ce sont des émotifs. »

Dans la vie sociale, le neurasthénique réalise le type particulier du dégénéré. Charcot l'assimile au vagabond. Meige (2) dans une étude a symbolisé le névropathe voyageur. Benedikt soutient que l'élément primordial du vagabondage est la neurasthénie physique, intellectuelle et morale ; il fait du criminel un neurasthénique moral. Morel avait du reste déjà remarqué les liens qui unissait le vagabondage à la dégénérescence. Il dit en parlant du dégénéré :

« L'indécision, la paresse, le besoin de vagabondage, l'obscurcissement du sens moral, l'affaiblissement intellectuel et les appétences ébrieuses sont les caractères qu'on rencontre le plus fréquemment chez les dégénérés. »

Enfin sur ce terrain neurasthénique peuvent se développer l'obsession et l'impulsion à l'homicide, au suicide, phénomènes qui sont un des stigmates de la dégénérescence mentale, un syndrome épisodique de la dégénérescence, ainsi que les appelle M. Magnan.

1. Dallemagne. — *Dégénérés et déséquilibrés.*
2. Meige. — *Le Juif errant à la Salpêtrière*, 1893.

Nous voyons donc d'après ce qui précède que, comme chez le dégénéré, le déséquilibre est à la source même de la neurasthénie si on l'envisage à un certain degré.

Moebius, comme nous l'avons déjà dit, considère la neurasthénie comme la souche d'où va sortir, pour s'épanouir dans toutes les directions, la collectivité des névroses.

« La neurasthénie, dit Déjerine (1), crée la grande famille neuropathologique, en vertu des lois de l'hérédité, dont les effets cumulatifs, s'exerçant à travers plusieurs générations, se traduisent sur les descendants des neurasthéniques par des formes morbides de plus en plus graves, amenant à leur suite la dégénérescence physique et mentale, ainsi que l'extinction de la race. »

A l'exemple de M. le professeur Joffroy qui considère l'hystérie comme une des formes de la dégénérescence mentale, nous envisagerons la neurasthénie non seulement comme le prélude mais très souvent comme un stade avancé des états de dégénérescence ; le neurasthénique obsédé et impulsif est avant tout un dégénéré, il en présente les stigmates, il est marqué la plupart du temps du sceau de l'hérédité.

Avec l'école de Sainte-Anne, nous n'admettons donc qu'une seule cause dans l'apparition de l'obsession et de l'impulsion morbides, la dégénérescence mentale.

A l'étranger les avis sont aussi partagés. Tamburini admet que l'obsession constitue la forme la plus élémentaire du cadre de la dégénérescence mentale.

Berger considère l'obsession morbide comme faisant partie intégrante de l'état mental des neurasthéniques : c'est la folie neurasthénique ; ici elle n'a plus rien à voir avec la dégénérescence mentale. C'est l'opinion de Beard, de Tullio.

1. Déjerine. — *L'hérédité dans les maladies nerveuses*. Paris, 1894.

D'autres, moins affirmatifs, comme Krœplin, tout en faisant rentrer l'obsession morbide dans la folie neurasthénique, la regardent comme plus particulièrement en rapport avec la neurasthénie congénitale.

Freud ne rattache l'obsession ni à la dégénérescence mentale ni à la neurasthénie, il en fait une névrose spéciale.

Enfin Krafft-Ebing émet une opinion mixte, en décrivant l'obsession et l'impulsion morbides comme une forme de dégénérescence psychique à base neurasthénique.

Dans l'étiologie de l'obsession et de l'impulsion à l'homicide et au suicide, *la cause prédisposante* par excellence est donc l'hérédité; elle y joue le rôle capital. Cette hérédité peut être homologue : le fils d'un individu atteint d'impulsion au suicide ou à l'homicide peut être lui-même un impulsif; elle peut être aussi dissemblable, de transformation comme l'on dit.

Parfois à côté de l'hérédité interviennent des causes fœtales ou infantiles qui font également de l'individu un être inférieur dans l'espèce, portant les stigmates d'une dégénérescence native. C'est sur ce terrain préparé que vont naître l'obsession et l'impulsion morbides.

Il est difficile d'admettre en effet, comme le soutiennent certains auteurs, que ces phénomènes morbides puissent naître chez un individu ne présentant aucune tare dégénérative. Pour que l'idée angoissante du suicide ou de l'homicide puisse surgir spontanément et dominer toutes les autres opérations intellectuelles, il faut, dit Magnan, une déséquilibration mentale et il ajoute :

« Contrairement à ce qui a été avancé à diverses reprises, les seuls dégénérés héréditaires sont aptes à réaliser ces phénomènes

pathologiques. Si bien que l'obsession et l'impulsion morbides sont de véritables stigmates psychiques de dégénérescence. »

II. — Causes occasionnelles

Nous pouvons considérer deux groupes de causes occasionnelles :

a) Des causes inhérentes à l'individu lui-même.

b) Des causes extérieures.

a) causes inhérentes a l'individu

Ces causes ont toutes le même caractère, elles sont débilitantes, elles déterminent un état de fatigue, d'épuisement du système nerveux.

Ce sont tout d'abord les *états physiologiques* qui, chez le dégénéré, peuvent provoquer des paroxysmes de l'obsession et de l'impulsion morbides. La menstruation, la grossesse, la ménopause sont autant de moments physiologiques pendant lesquels l'organisme déprimé peut se laisser envahir par l'idée obsédante.

Ce sont les causes *morales et physiques* : les émotions dépressives, les travaux intellectuels prolongés, les longues veilles, les excès sexuels, le surmenage sous toutes ses formes.

Ce sont les *troubles de la nutrition générale*, les hémorragies abondantes, les *maladies infectieuses* (fièvre typhoïde, influenza, syphilis, etc.) et aussi la puerpéralité.

Enfin, ce sont les *intoxications* et, en particulier, l'intoxication alcoolique qui, non contente de faire naître l'obsession et l'impulsion, peut les accompagner des manifestations mor-

bides qui lui sont propres, suivant la fertilité du sol dégénératif.

On peut englober toutes ces causes dans une seule formule et nous dirons avec M. Legrain :

« Que chez un prédisposé, tout choc moral grave, toute perturbation physiologique importante, toute cause diminuant la résistance organo-psychique pourra engendrer l'obsession et l'impulsion à l'homicide et au suicide. »

b) CAUSES EXTÉRIEURES

Elles sont au nombre de deux : la *contagion* et l'*imitation*.

Georget, en reproduisant le procès de Henriette Cornier (1), fait remarquer combien cette cause célèbre a multiplié les cas de monomanie homicide, en fixant l'attention publique.

« Ce qu'il y a de sûr, dit-il, c'est qu'il n'est jamais venu en même temps à ma connaissance autant de faits de cette monomanie que depuis que les journaux répètent sans cesse les détails de cette affaire.

« N'est-ce point, conclut-il, aux discussions qui ont eu lieu sur cette maladie devant les tribunaux, depuis quelques temps, qu'il faut attribuer la fréquence de la folie homicide. »

Cazauvieille insiste aussi sur les dangers de la publicité :

« La mort donnée à un aliéné, dit-il, est un système barbare, mais il y a un second effet désastreux, c'est la publicité obligée des débats qui provoque à l'homicide certaines imaginations déjà altérées, ou dans lesquelles le récit d'actes atroces fait naître les

1. LADAME. — *L'Obsession du meurtre*. Congrès anth. crim. Bruxelles, 1892.

mêmes idées, qui les ont provoquées. Ici, comme pour le suicide, la contagion peut donc se propager par imitation. »

Différents auteurs ont attiré depuis longtemps l'attention sur le fait que la cause occasionnelle directe de l'obsession morbide est formée par quelque impression subite venant de l'extérieur et qui trouve, dans la prédisposition psychique de l'héréditaire, un terrain favorable pour son développement. La vue d'une exécution capitale, la nouvelle d'un suicide, le récit palpitant d'un assassinat, l'aspect d'instruments de meurtre, la lecture d'un roman passionnel (cas de Daguillon, impulsions homicides consécutives à la lecture d'un roman passionnel, la *Bête humaine* de Zola, chez un dégénéré) suffisent à éveiller le désir de verser du sang. C'est l'obsession homicide par contagion morale.

« Il me paraît, dit Ladame, dans son rapport sur l'obsession du meurtre, que l'on n'a pas assez insisté sur les faits de ce genre, qui sont certainement la cause déterminante la plus puissante et la plus fréquente des obsessions homicides qui se présentent alors sous la forme de vraies épidémies morales, comme on en a observé aussi pour les suicides. »

De nombreux auteurs ont cité des cas d'obsessions et d'impulsions homicide et suicide éveillées par ces différentes causes.

Georget cite le cas d'une jeune fille qui, interrogée par sa maîtresse sur les causes de sa tristesse, lui raconta ce qui suit :

« Je lavais ma vaisselle, dit-elle, votre fils était à côté de moi, il me vint la pensée de lui couper la tête. J'essuyai mon hacheret et le lui posai sur le cou ; il s'enfuit épouvanté ; mais je le rappelai en lui disant de n'avoir pas peur ; je lui pris de nouveau la tête et

lui posai encore le couteau sur le cou; j'allais..... Il pleura, ses pleurs me rendirent la raison et je jetai loin de moi mon hacheret, en songeant à la fille Cornier. »

« Une femme avait depuis longtemps de grands maux de tête et d'estomac; aussitôt qu'elle apprit *le meurtre commis par la fille Cornier*, elle fut saisie de l'idée de tuer son propre enfant, quoiqu'elle l'aimât beaucoup; plusieurs fois elle chercha à exécuter son dessein. Un soir, prête à succomber à cette horrible tentation, elle eut l'idée de crier : au secours! au feu! et quand les voisins furent accourus, elle leur déclara son projet horrible en disant qu'elle ne pouvait pas y résister et qu'elle le consommerait si on ne la mettait pas dans l'impossibilité de le faire. Cette femme s'est rendue d'elle-même à l'hôpital d'Amiens. » (V. GEORGET.)

Marc cite aussi de nombreux cas qu'il a observés ainsi, et entre autres celui d'une dame qui, visitant le lieu où Papavoine commit son double meurtre, fut prise subitement d'obsession homicide intense.

Ladame (1) rapporte aussi des observations analogues, venues à sa connaissance après l'affaire de la femme Lombardi.

Les mêmes causes agissent aussi dans l'obsession et l'impulsion au suicide. L'observation rapporté par Maccabruni en est un exemple frappant.

Les obsessions à l'homicide et au suicide reconnaissent donc, comme cause occasionnelle importante, la contagion morale ou l'imitation. Elles peuvent se présenter sous forme d'épidémie morale à la suite des crimes et des suicides retentissants ou des exécutions capitales.

1. LADAME. — *L'Obsession du meurtre.* (C. anth. crim. Bruxelles, 92.)

CHAPITRE IV

Description des syndromes. — Leur symptomatologie. Leurs formes cliniques.

D'après les chapitres précédents, nous avons vu que les syndromes obsession et impulsion à l'homicide et au suicide, ne sauraient être considérés comme des maladies distinctes, mais comme un état secondaire symptomatique d'un état mental particulier, la déséquilibration mentale. Les seuls dégénérés héréditaires sont aptes à réaliser ces phénomènes pathologiques, si bien que l'obsession et l'impulsion morbides sont de véritables stigmates psychiques de dégénérescence.

Suivant la définition de Magnan :

« L'obsession morbide est un mode d'activité cérébrale dans lequel un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit en dehors de la volonté, avec une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible.

« L'impulsion, est un mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est parfois impuissante à empêcher ».

Quels sont les caractères cliniques que présentent ces états morbides? Mais voyons avant, comment au point de vue clinique nous devons considérer le dégénéré type.

Il nous présente trois caractères : des antécédents héréditaires, des stigmates physiques, des stigmates psychiques.

1° L'*hérédité* plus ou moins chargée, que l'on trouve chez ces malades, nous donnera des degrés dans les états de dégénérescence, depuis l'idiot qui est réduit à son cerveau postérieur, jusqu'au dégénéré supérieur, l'obsédé et l'impulsif. Et même dans ces états supérieurs de dégénérescence, si nous pouvons nous exprimer ainsi, nous aurons suivant les tares héréditaires plus ou moins fortes de l'individu, une progression croissante dans les états obsédants, depuis le sujet obsédé par la recherche du mot jusqu'à l'impulsif à l'homicide et au suicide.

2° Il en est de même pour les *stigmates physiques* que l'on rencontre en plus ou moins grand nombre suivant l'importance des antécédents héréditaires de ces malades. Toutes les parties de l'organisme peuvent être atteintes, depuis les malformations craniennes, les dystrophies faciales, les anomalies dentaires, le strabisme congénital, les troubles congénitaux du langage articule, l'hypertrophie des mamelles chez l'homme, le vitiligo, les anomalies et les déformations des membres, jusqu'à l'hermaphrodisme, l'anorchidie, la cryptorchidie et toutes les monstruosités tératologiques.

3° Les *stigmates psychiques* sont les plus importants, ils se traduisent par un arrêt ou un retard dans le développement des facultés intellectuelles; c'est un développement inégal, un manque d'harmonie, d'équilibre entre les facultés. Ces individus sont des êtres partiels, incomplets, déséquilibrés. Ils peuvent avoir une mémoire prodigieuse, mais ne peuvent arriver à fixer leur attention. Mobiles et distraits, leur instabilité mentale est parfois extrême. En même temps, ils sont

abouliques, apathiques, avec des accès de grande excitabilité. Ce sont des originaux, des excentriques, des rêveurs d'imagination déréglée à tendances romanesques. Enfin, ce sont des émotifs, des timides, sensibles à l'excès, impressionnables et susceptibles, égoïstes et orgueilleux, sans parler des perversions morales plus graves (1). Et par-dessus tout, apparaissent alors les états obsédants, l'obsession et l'impulsion morbides qui sont comme le cachet indélébile de la dégénérescence de ces malheureux.

Ces stigmates apparaissent dès l'âge de 4 ou 5 ans. A mesure que l'intelligence se développe, elle porte le sceau du déséquilibre de ces malades qui sont lancés dans la vie sans frein, sans gouvernail, ainsi qu'une épave sur l'Océan. Comme l'observation qui va suivre nous le montre, l'obsession et l'impulsion homicides peuvent s'installer chez l'enfant qui arrive ainsi « tout armé dans la vie, avec l'idée homicide » suivant l'expression pittoresque de M. Paul Garnier.

OBSERVATION I. (2.)

(*Communiquée en partie à la Société médico-psychologique par M. le Dr Briand.*)

Dégénérescence mentale. — Mauvais instincts. — Impulsions homicides. — Obsession de voir couler du sang.

Le jeune K., âgé de 5 ans, entre pour la première fois au service de l'admission de Sainte-Anne le 24 octobre 1882. Les

1. Séglas. — *Leçons sur les maladies mentales.*
2. *Archives de Neurologie*, 1882.

renseignements complets manquent sur ses antécédents héréditaires. Le père, excellent musicien, avait un caractère bizarre. La mère, nerveuse, ne vivait que depuis environ six mois avec son fils. Avant cette époque, le petit malade était en nourrice dans une ferme où il avait sous les yeux les plus mauvais exemples. A 3 ans et demi il allait garder les vaches dans les champs avec les fils et une fille de sa nourrice, et avait contracté avec eux des habitudes d'onanisme. Aucun des nombreux moyens mis en pratique pour le corriger ne le firent renoncer à cette pernicieuse habitude. Sournois et méchant, il s'ingéniait à maltraiter de mille façons les enfants plus jeunes que lui et prenait un malin plaisir à voir saigner les poulets et autres animaux de basse-cour. Sa nourrice en avait souvent fait la remarque.

Dans ses antécédents personnels, on relève une fièvre typhoïde avec complications méningitiques à 4 ans; la convalescence coïncida avec l'apparition d'une coxalgie. A cette époque, sa mère le reprit avec elle. D'une attitude habituellement triste et hébétée, il continue à avoir des habitudes d'onanisme, « il va au cabinet pour se tripoter », s'approche quelquefois de son jeune frère âgé de quinze mois pour lui relever sa robe, se tient à l'écart et l'observe quand on le place sur le vase. S'il déploie quelque intelligence, ce n'est que pour des méchancetés; il vole les petits ustensiles qui lui tombent sous la main, les clefs, les objets de toilette, de l'argent, etc..., pour les jeter ensuite dans les cabinets; il brise les jouets de son frère, le taquine ou le tourmente de toutes les manières.

Pour faire, selon son expression, enrager sa maman, il s'est un jour cacher dans le salon, où il barbouilla le tapis de matières fécales. Ayant remarqué par hasard qu'à la suite d'une chute, son jeune frère avait été pris d'un saignement de nez, il se sentit attiré par le désir de voir encore couler du sang, et, profitant de l'absence de sa mère, il renversa violemment l'enfant du haut d'une grande chaise, sur laquelle il l'avait préalablement monté. La face porta contre terre et une épistaxis assez abondante se produisit; le jeune malade se sentit poussé à aller ramasser le sang pour s'en frotter les mains. « Je veux tuer le petit, » disait-il souvent à sa mère. C'est alors que celle-ci se décida à prendre les mesures qui le firent interner à Sainte-Anne.

Son certificat d'entrée porte comme mention :

« Débilité mentale avec prédominance d'idées mélancoliques; mauvais instincts; impulsions homicides. Tentative de meurtre sur son petit frère, désir de tuer sa mère, habitudes d'onanisme. »

C'est avec la plus grande indifférence qu'il répond aux questions qu'on lui pose à son arrivée. « Je veux voir couler du sang, répète-t-il sans cesse, il n'y a que cela qui m'amuse. » Il avoue aussi avoir été poussé à tuer sa mère « pour avoir ses sous ; il ne peut l'aimer puisqu'il ne s'aime pas lui-même, répond-il à ceux qui lui demandent s'il aime sa mère. »

Il présente une assez grande lucidité d'esprit, mais parle lentement; son instruction, très négligée, est sommaire; il est peu allé à l'école, connaît cependant quelques lettres. Quand on le fait parler, il répète souvent, plusieurs fois de suite, le même mot, la même phrase. Il a des mouvements qu'il répète plusieurs fois, il s'y complaît même; ainsi il frappe facilement une heure avec un papier, au même endroit.

On relève peu de chose dans son examen physique; une coxalgie que nous avons déjà mentionnée. L'orifice palpébral gauche est plus étroit.

Au mois de septembre 1883, son instruction a fait quelques progrès, il compte jusqu'à 49, connaît presque toutes ses lettres, et arrive à copier quelques phrases. Son caractère bien que modifié a peu changé, il est toujours sournois. Quand on lui demande quelque chose il répond, en baissant les yeux: « Je ne sais pas. »

Il est transféré à la colonie des enfants arriérés de Vaucluse d'où il s'évade en 1894.

Depuis cette époque, le malade a été interné une deuxième fois en 1895, après avoir été arrêté pour vagabondage.

Le certificat de la Préfecture de Police est ainsi conçu :

« Débilité mentale, perversions instinctives, vagabondage, incapacité de se conduire sainement au dehors, évadé de Vaucluse en 1894. Certificat de situation au moment de l'évasion concluant à la réintégration; s'est rendu au poste, se déclarant sans domicile.

« *Signé :* Dr LEGRAS. »

Certificat d'entrée du service de l'admission :

« Débilité mentale, incapacité de se conduire, arrêté pour vagabondage, évadé de Vaucluse. Sa famille ne lui a plus donné signe de vie.

« *Signé :* Dr MAGNAN. »

En dernier lieu le malade a été de nouveau arrêté en 1897, sous l'inculpation de vagabondage.

COMMENT APPARAISSENT L'OBSESSION ET L'IMPULSION MORBIDES ?

Les prodromes sont caractérisés assez constamment par des troubles intellectuels de nature dépressive; ces phénomènes assez vagues, dit M. Legrain (1) consistent dans une tristesse, une inquiétude indéfinie; les malades ont perdu leur énergie, leur courage; ils éprouvent un sentiment d'impuissance, cessent leurs occupations; ils ont comme le pressentiment d'un événement prochain. Leurs sentiments affectifs diminuent; mous, apathiques, ils souffrent d'une sorte d'anesthésie morale qui les préoccupe vivement. L'attention est très défectueuse, difficile à fixer, facile à fatiguer. Si on leur parle, ils se plaignent de ne comprendre que difficilement ce qu'on veut leur dire; ils ont de la peine à exprimer leur pensée et leur mémoire devient infidèle.

A ne considérer que ces symptômes, on croirait assister au début d'un accès mélancolique; parfois ces phénomènes sont si accentués, l'angoisse est si grande que nombre d'observateurs, frappés de l'allure dépressive du syndrome, ont pu le prendre pour une variété de lypémanie anxieuse.

1. LEGRAIN. — *De l'obsession et de l'impulsion en général, de l'impulsion à boire en particulier.*

Mais cette période prodromique est de durée variable, et lorsque l'obsession morbide apparaît avec tous ses caractères, l'état pathologique est alors réalisé au complet.

Période d'Etat.

L'obsession et l'impulsion morbides se présentent généralement sous une forme rémittente, périodique ou intermittente. On doit donc considérer des symptômes *paroxystiques* et des symptômes *interparoxystiques*.

Parfois le paroxysme est précédé de manifestations qui sont très variables suivant les sujets : ce sont des inquiétudes vagues, des craintes que rien ne justifie, des précautions puériles. Ce sont des phénomènes douloureux, des sensations étranges. Ce sont des auras médiats ou immédiats pour M. Séglas.

Dans d'autres cas, au contraire, le paroxysme arrive brusquement, et le malade est de suite envahi et subjugué par l'idée obsédante de suicide ou d'homicide.

Le *paroxysme* est caractérisé par la présence de l'obsession ou de l'impulsion morbides avec ses caractères : irrésistibilité de l'idée, conservation de la conscience, lutte angoissante, soulagement consécutif à l'accomplissement du phénomène.

« L'obsession morbide, dit M. Motet (1), tenace, tyrannique, domine toute la scène, elle s'accompagne d'une douleur morale poignante, d'une angoisse tellement intense que la volonté subjuguée n'existe plus ; il n'y a plus qu'un entraînement irrésistible ; et conscient de sa défaite, le malade se livre à des actes qu'il réprouve, mais qu'il est impuissant à réprimer. Il sent ses forces

1. Motet. — *Rapport sur le prix Civrieux*. Bulletin de l'Académie de Médecine, 1895.

qui s'épuisent, il se raidit contre l'idée obsédante, essaie avec une énergie désespérée de l'éloigner, appelle à son aide, nous supplie de le sauvegarder contre lui-même, nous raconte avec une anxiété douloureuse ses inutiles efforts et nous crie que brisé, mais dominé par une force contre laquelle il ne peut plus rien, il sent, il sait que sa main va frapper avec une aveugle fureur. »

L'obsession morbide est toujours *irrésistible*, parfois même l'acte semble précéder la pensée. Ainsi est le fait bien connu d'Henriette Cornier rapporté par Marc. « Accusée d'un meurtre qu'elle avait commis sous l'influence d'une impulsion de ce genre elle fit cette réponse. « C'est une idée qui m'a pris « comme cela, et je l'ai exécutée. *J'ai eu plutôt fait que pensé.* »

L'obsession et l'impulsion morbides ne sont pas toujours aussi soudaines; le malade peut essayer de lutter. D'abord il peut vaincre l'idée obsédante, mais bientôt la volonté est subjuguée et le phénomène reprend le dessus. D'autres malades essayent de se distraire, de changer d'occupation, de milieu, cela ne leur réussit pas souvent, et l'accalmie, si accalmie il y a, n'est qu'éphémère. L'idée obsédante tend à envahir de plus en plus tout le champ de la conscience, et l'on a remarqué que l'individu qui la subit ne perçoit que très mal les sensations (1). Il est pour ainsi dire anesthésique. Comme Buccola l'a constaté, le temps de réaction s'allonge de moitié au moment de l'obsession.

Le second caractère de l'obsession et de l'impulsion morbides est la *conservation de la conscience*. Cet état lucide permet de différencier l'obsession et l'impulsion morbides, des idées obsédantes et des actes impulsifs.

1. Séglas. — *Leçons sur les maladies mentales.*

Cette lucidité de la conscience s'obscurcit parfois, dit Magnan, au moment même de l'impulsion; ainsi chez l'impulsif homicide au moment où il tue.

Séglas (1) est du même avis, il pense que s'il y a conservation de la conscience avant et après l'obsession ou l'impulsion, celle-ci n'existe pas pendant, ou du moins intégralement à ce moment là.

« J'admets, dit-il, qu'en dehors de la période obsédante, les malades ont conscience de la nature maladive de leurs impulsions et des conséquences qu'elles peuvent avoir; mais c'est tout.... et lorsqu'on parle de conservation de la conscience pendant l'obsession morbide, je ne crois pas qu'on puisse entendre par là que les obsédés aient la notion complète de tous les éléments psychiques constituant à ce moment leur personnalité individuelle, en un mot, qu'ils conservent leur conscience personnelle.

« C'est plutôt le contraire qui existe de par la présence même de l'obsession morbide, constituée par un groupement de certains phénomènes psychiques, une synthèse secondaire qui, loin de s'assimiler à la synthèse principale représentant la conscience personnelle, entre en lutte avec elle, et même avec assez d'avantages pour l'obnubiler toujours, l'effacer même parfois tout à fait pendant un instant, soit que le malade cède à son obsession, soit que celle-ci revête une forme particulière. »

Le troisième caractère de l'obsession et de l'impulsion morbides est l'*angoisse* concomitante.

Cette angoisse, dit Magnan, (2) est en raison directe de la lutte entreprise pour se débarrasser du syndrome. Elle acquiert toute son intensité lorsqu'il s'agit d'obsessions ou d'impulsions dont l'essence même en fait pour les malades un

1. SÉGLAS. — *Leçons sur les maladies mentales et nerveuses.*
2. MAGNAN et LEGRAIN. — *Les dégénérés.*

objet d'horreur ou de répulsion : ainsi la mère qui est poussée à égorger son enfant, l'individu qui ne peut résister à l'idée de se suicider réalisent des cas dans lesquels la torture morale doit atteindre son apogée.

Westphall a aussi bien mis en lumière les différentes causes de l'angoisse. C'est d'abord la violence même que fait l'idée à l'esprit de l'individu ; c'est le contenu même de l'idée; c'est enfin le non-accomplissement de l'acte commandé par l'obsession morbide.

Dans l'obsession et l'impulsion à l'homicide et au suicide, l'angoisse s'accompagne généralement de symptômes physiques : anxiété précordiale, céphalée, rougeur ou pâleur du visage, sueurs froides, tremblements, palpitations, étouffements, sensation de vertige, dérobement des jambes, etc...

Quelle est la valeur de l'angoisse?

Westphall l'a considérée comme un trouble secondaire, comme une réaction sous l'influence de l'idée qui apparaît la première.

Pour d'autres auteurs l'angoisse est le phénomène primitif, étant lui-même l'origine de l'idée obsédante.

Ainsi Morel considère l'obsession morbide comme un délire émotif — Berger comme une névrose émotionnelle — Féré comme la forme systématique de l'émotivité morbide.

Friedenreich admet que l'état émotionnel est, en général, le fait primitif.

Stefani, Hans Kaan sont de cette opinion et ce dernier considère même l'angoisse comme le point de départ de l'idée morbide.

Pour Régis, l'angoisse est le phénomène primordial, sans angoisse il n'y a plus d'obsession.

Séglas admet que, dans un certain nombre de cas, l'angoisse précède l'obsession morbide.

Dans certains autres cas, il y a rapport de cause à effet entre le trouble émotionnel et l'obsession.

Dans d'autres, l'angoisse est un phénomène précurseur pouvant rentrer dans l'aura de l'obsession.

Enfin, dans un quatrième groupe de faits, l'angoisse semble résulter de l'obsession.

Pour Magnan et son école, l'angoisse est un phénomène essentiellement secondaire, lié à l'obsession morbide, dont elle est un des principaux caractères.

Le dernier symptôme de l'obsession ou de l'impulsion morbides est *la satisfaction consécutive*.

Cette satisfaction provient, soit de ce que le malade ait cédé à son obsession, soit qu'il ait pu parvenir à la vaincre ; comme ce malade de Marc que Séglas cite, qui, sujet à des impulsions homicides accentuées, se faisait lier les pouces avec un ruban au moment de sa crise. Ce procédé réussissait et il éprouvait un grand soulagement.

Nous avons cité en passant les symptômes physiques qui accompagnent généralement les obsessions et les impulsions morbides.

Certains auteurs comme Régis, Catsaras, Stefani admettent avec M. Séglas que l'obsession morbide peut être accompagnée de troubles sensoriels.

Séglas (1) a en effet cherché à démontrer dans plusieurs travaux que les obsessions et impulsions morbides pouvaient s'accompagner d'hallucinations.

1. Séglas. — *De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante.* (Ann. méd. psych., 1892).

Il admet deux sortes de cas : ceux où l'obsession s'accompagne d'hallucination qu'elle provoque (*obsession hallucinatoire*) et ceux où une hallucination revêt le caractère obsédant (*hallucination obsédante*). Dans les deux cas, l'hallucination peut affecter une forme quelconque, être verbale ou commune, sensorielle ou motrice, atteindre aussi la sensibilité générale.

« Je crois, dit-il, les hallucinations verbales motrices très fréquentes chez ces obsédés à forme impulsive, qui disent souvent en décrivant leurs idées que cela leur vient à l'esprit comme si quelque chose le leur disait intérieurement ou comme s'ils se parlaient à eux-mêmes, etc... »

La majorité des auteurs rejette l'opinion de M. Séglas. Falret avait insisté sur ce point au Congrès international de 1889. Les obsessions ne s'accompagnent jamais d'hallucinations, disait-il, caractère qu'on leur reconnaît depuis longtemps.

Magnan et son Ecole et avec eux Motet soutiennent que ces hallucinations n'existent pas d'ordinaire. Elles ne se montrent qu'à une période avancée de l'évolution du dégénéré obsédé et impulsif, lorsque à côté des obsessions naissent des idées délirantes comme des idées de persécution ou de la mélancolie anxieuse.

Dans l'intervalle des paroxysmes on retrouve le fond habituel de déséquilibration mentale; ce qui démontre péremptoirement que l'obsession et l'impulsion homicide et suicide ne sont, comme du reste toutes les autres obsessions, qu'un épisode dans la vie du dégénéré.

I. — Obsession et impulsion a l'homicide.

L'expression, impulsion à l'homicide, désigne un syndrome qu'on ne rencontre que chez les héréditaires dégénérés.

« Comme l'onomatomane, obsédé par le mot grossier qui s'efforce d'arrêter la décharge, de même l'obsédé homicide épouvanté par l'idée de tuer, résiste, lutte en désespéré, arrive à un tel degré d'angoisse douloureuse que l'acte, quelque horrible qu'il soit, est accompli avec une indomptable énergie et est suivi d'une bienfaisante détente. »

C'est ainsi que Magnan décrit l'impulsion homicide. Comment l'idée homicide envahit-elle l'esprit et d'obsession passe-t-elle à l'acte, c'est-à-dire à l'impulsion? M. Garnier (1) décrit de main de maître ce processus d'envahissement :

« Le prédisposé, le dégénéré, dit-il, est retenu par l'émotion incoercible qui peut résulter pour lui de l'annonce d'un homicide accompli sous l'influence d'une obsession morbide. Dès ce moment, le doute en soi-même suscite la question incessamment renouvelée : « Si j'allais tuer! »

« Cet émoi, cette appréhension sont comme les amorces de l'obsession. Cette interrogation inquiète est le premier temps du phénomène. Ce choc moral a été comme le coup de plantoir qui enfonce la graine dans un terrain trop bien préparé pour qu'elle n'y germe pas. La crainte que l'on représente comme le commencement de la sagesse est ici le commencement de la folie, toute part étant faite d'ailleurs à la prédisposition.

« L'obsédé, aux périodes de crise surtout, a la représentation mentale de l'acte criminel. Il en tressaille, il a le vertige, il se sent saisi par l'impulsion. Toute idée appétitive du mouvement étant un appel pressant à l'exécution de ce mouvement dont elle est le principe... »

1. Garnier. — *Congr. anth. criminelle.* Bruxelles, 1892.

Il y a alors transformation de l'obsession simple en impulsion proprement dite qui est un besoin moteur.

Magnan distingue dans l'obsession et l'impulsion morbides à l'homicide deux variétés : l'impulsion brusque et l'impulsion en pleine conscience. Garnier de même considère deux formes : l'idée fixe obsédante, et l'impulsion homicide soudaine.

1° Dans l'impulsion brusque, la décharge psycho-motrice est subite, elle est presque automatique, sans que le sujet ait le temps de réfléchir ou de lutter.

OBSERVATION II

(*Tirée du rapport de M. Magnan sur l'obsession criminelle morbid* (*Cong. anthrop. criminelle, Bruxelles*, 1892.)

« G. Berthe, âgée de 28 ans, entrée à l'asile Sainte-Anne, le 17 juin 1886. Chez elle, l'impulsion à briser et à frapper était brusque et irrésistible. Tout à coup, au milieu du calme le plus complet, elle projetait à terre ou sur son entourage les objets qui se trouvaient à portée de sa main ; un jour, elle lance une bouteille à la tête d'une dame qui ne lui avait fait que du bien et pour laquelle elle éprouvait elle-même la plus vive affection ; l'acte accompli, elle pleure, se lamente et supplie qu'on lui pardonne. Une autre fois, se promenant dans les champs, elle jette brusquement sa fille, âgée de 14 mois, qu'elle tenait dans ses bras ; l'enfant tombe sur un peu de foin et n'est point blessée. Elle ne sait pourquoi elle agit ainsi, elle en est désolée et déplore ce qu'elle a fait ; elle ne s'explique pas, dit-elle, comment elle cherche à faire du mal aux personnes qu'elle aime. Parfois la décharge n'est pas aussi soudaine et la malade peut réfléchir quelques instants, mais si elle essaie dans ces circonstances de résister, elle pâlit, elle éprouve un très grand malaise, des palpi-

tations, un serrement à l'estomac; une fois le coup porté, elle s'en attriste, mais néanmoins elle se sent soulagée. »

Ces cas d'impulsions homicides brusques sont rares (en dehors de l'épilepsie).

2° Le plus souvent, l'impulsion apparaît sous forme d'idée obsédante en pleine conscience, les malades luttent contre l'irrésistibilité de cette idée, et préviennent leur entourage.

A ce point de vue, nous pouvons considérer avec M. Magnan plusieurs catégories de malades : les uns, restant leur propre confident se rendent maître de leur obsession ; d'autres, sentant que leur volonté n'est pas suffisante ont recours à l'appui d'un parent, d'un ami, d'un étranger ; la lutte intervient plus ou moins longue chez d'autres, elle est progressivement plus pénible et

« L'impulsion n'est que le résultat de la douloureuse angoisse qui se produit et qui, coûte que coûte, aboutit à la décharge psycho-motrice. »

D'autres enfin, talonnés par l'angoisse, mettent dans l'accomplissement du meurtre, toutes les ressources de leur esprit, ruse, adresse, qui, en dehors d'une préméditation évidente, donnent au crime l'allure d'un acte volontaire.

Ainsi le cas d'Henriette Cornier relaté par Marc,

« qui travaille d'abord à capter la confiance des parents de l'enfant qu'elle emmène chez elle pour lui trancher la tête. »

A ce propos Régis ne croit pas que, d'une façon générale, l'obsession aboutisse très fréquemment à l'exécution d'un crime. Si l'obsession homicide aboutit parfois à l'acte, ce qu'il est impossible de nier, dit-il, c'est seulement dans certains

cas où l'obsession n'est pas pure et où il s'y joint un autre facteur, comme une dégénérescence marquée, un affaiblissement intellectuel, une intoxication alcoolique, morphinique ou autre, une idée délirante, la contagion par l'exemple ou les journaux.

Cependant nombreuses sont les observations où l'on trouve le crime comme fin dernière de l'obsession. Nous ne citerons que les plus importantes devenues classiques, comme celle d'Henriette Cornier, Barbara Erkhow rapportée par Jacoby, qui jette au feu son enfant, celle de Pagez qui a été l'objet d'un rapport médico-légal du Dr Payen, celle rapportée par Calmeil, Duvergie, Tardieu qui rédigèrent un rapport sur l'inculpé J. R.; celui de Thouviot, l'assassin de la rue Cujas qui fut pris pour un épileptique; les cas rapportés par le Dr Rouby dans les archives d'anthropologie criminelle de 1894. L'observation de Salvator Misdea, soldat calabrais qui, sous l'influence d'impulsions homicides, tua plusieurs de ses camarades à coup de fusil, et qui traduit devant un conseil de guerre fut fusillé, est rapportée par Déjerine après Lombroso. Enfin, le cas de M. le Dr Vallon qui a fait l'objet d'un rapport médico-légal et que nous reproduisons.

OBSERVATION III

(*Cas de M. Vallon ayant fait l'objet d'un rapport médico-légal* (1).

Obsession et impulsion homicides.

L'inculpé est âgé de 19 ans seulement. Le teint mat, la moustache et les cheveux noirs, il a tout à fait le type méridional, il

1. Extrait des *Annales médico-psychologiques*. Janvier-février, 1896.

est d'ailleurs originaire du Midi. De taille moyenne et assez bien développé, il a une physionomie vive et plutôt intelligente. On ne constate chez lui d'autre anomalie qu'une asymétrie du front : la moitié droite est aplatie et plus étroite que la moitié gauche.

Jusqu'à l'âge de 15 ans, X... a fréquenté l'école ; c'était un bon élève, il avait des prix et a obtenu son certificat d'études. Il a appris et exercé le métier de serrurier dans son pays natal ; il habitait chez ses parents. Au mois de juin de l'année dernière, il est venu à Paris, il a d'abord demeuré chez sa tante. Ne trouvant pas de travail comme serrurier, au bout de trois mois, il s'est décidé à entrer comme employé dans une rôtisserie ; il est logé chez son patron.

Les renseignements recueillis sur X... le représentent comme rêveur, taciturne, peu communicatif, mais comme un garçon honnête, rangé, n'ayant pas de mauvaises fréquentations ; sortant peu, il lisait beaucoup ; il ne se grisait pas, mais buvait cependant volontiers de l'absinthe de temps à autre. Il n'a jamais encouru de condamnation.

Depuis son arrestation et son incarcération à Mazas, X... s'est toujours montré calme et lucide. Au cours des divers interrogatoires que je lui ai fait subir, il a toujours très correctement répondu à mes questions, et cela sur le ton de la plus entière sincérité. Il a habituellement l'air plutôt doux ; mais par moments, cependant, les yeux grands ouverts, il regarde fixement et sa physionomie a alors quelque chose de méchant. Il ne varie pas dans ses explications, qui peuvent se résumer ainsi.

Depuis la fin de juillet, il était obsédé par l'idée fixe de tuer une fille publique ; une fille publique et pas une autre femme. Cette idée s'était développée petit à petit, sans qu'il puisse préciser le moment où elle lui est venue pour la première fois. Il ne s'explique pas le pourquoi de cette idée, n'ayant jamais eu de sa vie à se plaindre d'aucune fille publique. D'ailleurs, il ne lui est arrivé que très rarement d'aller avec des filles publiques ; il fréquentait surtout des bonnes dont il faisait la connaissance en portant des rôtis en ville. Il n'a jamais été atteint d'aucune maladie vénérienne. D'abord, il a essayé de repousser l'idée homicide, mais tous ses efforts ont été inutiles, celle-ci s'est peu à peu complètement emparée de son esprit, elle s'est implantée

malgré lui dans son cerveau. Il avait envie de tuer une fille publique, mais sans réfléchir à la façon dont il la tuerait. Il ne voyait pas par avance la scène du meurtre, il ne se figurait pas non plus y assister. Il souffrait horriblement : c'était, suivant son expression « comme une névralgie au niveau des tempes. » Il lui arrivait quelquefois, auparavant, d'éprouver une douleur en ce point, comme un serrement, mais jamais aussi intense. La douleur n'était pas continue, mais revenait à intervalles rapprochés. Il ne pouvait même plus dormir. La vie étant devenue insupportable dans ces conditions, il a pris le parti, pour en finir, de tuer une fille publique quelconque, il a donc acheté un poignard à cette intention. Néanmoins, pendant quelques jours encore, il a pu résister : tout le temps, il se faisait cette réflexion : « Si je suis pris, je serai condamné. »

Enfin, le 4 août, n'y tenant plus, le soir vers 9 heures, après la fermeture de la rôtisserie où il était employé, il est sorti, bien résolu cette fois à tuer la première femme qui le raccrocherait. Il s'était armé d'un revolver chargé à six coups qu'il possédait depuis longtemps, et du poignard acheté quelques jours auparavant.

Il a descendu le boulevard Saint-Michel, puis il a suivi les boulevards Sébastopol, Saint-Martin, des Filles-du-Calvaire, toujours obsédé par la même idée, souvent arrêté par des filles publiques, mais résistant toujours. Ce n'est qu'arrivé au coin du boulevard Beaumarchais et de la rue Saint-Sabin, qu'une fille l'ayant accosté et sollicité plus que les autres, il a fini par céder.

X... se rappelle très bien les péripéties du drame, il confirme les déclarations de sa victime. Avant de frapper, il était tourmenté, anxieux ; pendant qu'il donnait les coups, il éprouvait du plaisir, cela lui faisait du bien; toutefois, il ne se souvient pas d'avoir prononcé les paroles que la femme lui prête : « Tais-toi, c'est fini. » Le crime commis, subitement il s'est senti soulagé, il a poussé un soupir comme s'il était déchargé d'un grand poids. Quand le garçon d'hôtel est arrivé, tout d'un coup il s'est rendu compte de la gravité de ce qu'il venait de faire ; effrayé, il a remis son revolver dans sa poche, puis il a descendu rapidement l'escalier en criant : « Arrêtez, arrêtez. » Il ne sait pas pourquoi il criait ainsi ; à ce moment, il avait un peu perdu la tête. Une fois

dans la rue, il a recouvré un calme complet. Tranquillement, il s'en est allé; les gens de l'hôtel auraient pu facilement l'arrêter s'ils l'avaient voulu. Il est passé par la place de la Bastille, le boulevard de la Contrescarpe, le pont d'Austerlitz, les boulevards de l'Hôpital, Saint-Marcel et de Port-Royal. Il est rentré chez son patron et s'est immédiatement couché ; à peine au lit, il s'est endormi et a reposé paisiblement jusqu'au matin, lui qui, les jours précédents, ne pouvait trouver le sommeil.

Le lendemain, il s'est mis au travail comme d'habitude; il se sentait à l'aise. Cet état de satisfaction a duré cinq ou six jours; pendant ce laps de temps, il ne pensait nullement au meurtre qu'il avait tenté de commettre. Puis le remords est venu. Il se disait qu'il avait commis un crime; il avait des regrets; et, tout de suite, il a eu l'idée de se dénoncer. S'il ne l'a pas fait plus tôt, c'est qu'il songeait à ses parents, à la peine qu'ils allaient avoir en apprenant sa conduite; cette pensée le retenait. Mais ç'a été plus fort que lui, il a été obligé de se dénoncer. Il n'a pas pu s'empêcher de se dénoncer. Il n'avait pu s'empêcher de frapper. Il souffrait d'avoir commis une mauvaise action, mais c'était une toute autre souffrance que celle qu'il éprouvait quand il était tourmenté par l'idée de tuer une fille publique; avant la crise, c'était une souffrance physique; après, c'était une souffrance morale. X... explique très bien cette différence. Il n'a pas eu le courage d'aller se dénoncer lui-même, et alors il a eu l'idée d'écrire au commissaire et de signer ses lettres d'un nom quelconque.

X..., *on le voit, a commis l'acte qui l'amène devant la justice sous l'influence d'un trouble cérébral. Ce phénomène pathologique est celui qu'on désigne en médecine mentale sous le nom d'obsession et d'impulsion consciente. Nous retrouvons, en effet, dans l'acte commis par* X..., *tous les caractères connus de ce syndrome;*

1° *Lucidité. Il se rend compte qu'il a été le jouet d'un phénomène morbide;*

2° *Lutte avant d'arriver à l'acte;*

3° *Anxiété morale concomitante, et aussi symptômes physiques, céphalalgie.*

4° *Satisfaction consécutive.*

La crise pathologique qu'a traversée X... a été courte, elle n'a pas duré plus d'une dizaine de jours en tout. Mais cette obsession homicide n'est pas la seule qui ait assailli X... au cours de son existence. Il y a deux ans, juste à la même époque, dans la première semaine du mois d'août, il a éprouvé une obsession suicide. A cette époque, il était chez son père. Un beau jour, sans aucun motif, sans qu'il puisse s'expliquer pourquoi, l'idée de se tuer lui est venue et s'est peu à peu implantée dans son cerveau. Cette obsession suicide est née, s'est développée identiquement de la même façon que l'obsession homicide ; elle s'est accompagnée de la même anxiété, des mêmes sensations douloureuses de serrement dans les tempes. Comme cette fois aussi, pendant une huitaine de jours, X... a lutté contre l'idée qui l'envahissait et dont il comprenait l'absurdité.

Enfin, au bout d'une semaine, n'y tenant plus, il s'est armé d'un revolver et s'est rendu dans un champ bien décidé à se tuer; mais, mal habile à manœuvrer une arme, au moment où il allait diriger le canon contre lui, un coup est parti; le bruit de la détonation a brusquement changé le cours de ses idées; il est rentré chez lui en courant, pâle, la figure toute bouleversée, il a raconté à ses parents ce qu'il venait de faire, ce qui se passait en lui depuis quelques jours, et ceux-ci l'ont conduit au médecin...

X... ne s'est jamais surmené, ni physiquement, ni intellectuellement, il n'a jamais fait de maladie grave, il n'avait aucun chagrin; au contraire, il était content de son sort, préférant son nouveau métier de garçon rôtisseur à celui d'ouvrier serrurier; mais il existe chez lui une prédisposition héréditaire des plus accusée. Sa grand'mère paternelle et son père ont été atteints tous les deux de troubles mentaux.

La grand'mère avait « des manies ». Habituellement triste, elle restait quelquefois une année entière sans sortir de chez elle, sans vouloir recevoir personne; quand par hasard elle sortait, elle se

livrait à des extravagances; elle faisait des achats absurdes, inconsidérés. Elle est morte subitement.

Le père a toujours été très émotif. Il y a quelques années, une de ses vignes, qui allait entrer en plein rapport, a été envahie par le phylloxera, il en a éprouvé un chagrin tel, qu'il en est tombé dans une profonde mélancolie. Pendant deux ans, il est resté triste, déprimé, languissant, s'ennuyant partout, mangeant à peine.

Il s'était rétabli, mais depuis l'arrestation de son fils, il est retombé dans le même état mélancolique qu'autrefois.

La prédisposition héréditaire ne s'est pas traduite chez X... seulement par des obsessions, mais encore par un état permanent de déséquilibration mentale. L'inculpé est, en effet, d'une inégalité de caractère extraordinaire; tantôt il est doux, tantôt, au contraire, violent et emporté. C'est ainsi que, par moments, il « mangeait de caresses ses neveux et ses nièces, » tandis qu'à d'autres moments, il les frappait brutalement, et cela sans motif. Il aimait beaucoup sa tante qui habite Paris, ce qui ne l'empêchait pas de lui adresser parfois des injures et même des menaces nullement motivées. A Mazas, il est parfois d'une gaieté tout à fait hors de circonstance, ne paraissant nullement s'inquiéter de la grave imputation qui pèse sur lui; par instants, sa physionomie prend un aspect méchant. Quant on lui demande s'il se repent de ce qu'il a fait: « Oh! oui, dit-il, j'ai des regrets »; puis, une seconde après, il se met à rire.

Chez l'inculpé il y a donc de l'instabilité mentale, une déséquilibration des facultés intellectuelles. Tant il est vrai que l'obsession pathologique n'est presque jamais un phénomène isolé, mais ne constitue, au contraire, qu'un accident dans le tableau morbide, comme l'attaque convulsive dans l'hystérie pour emprunter une juste comparaison. Après tout ce que je viens de dire, il me paraît presque inutile d'ajouter que X... était hors de raison au moment où il a commis la tentative d'homicide dont il est inculpé. L'acte incriminé, en effet, apparaît nettement comme pathologique, qu'on l'examine dans ses causes, comme dans son but. X... a frappé une fille publique qu'il ne connaissait pas, avec laquelle il n'avait eu aucune discussion, non animé par la haine ou un mauvais sentiment quelconque, mais poussé par une im-

pulsion irrésistible; non dans un but de vengeance ou de profit quelconque, mais pour se soustraire à une obsession intolérable.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° X... *est un désiquilibré par voie d'hérédité morbide. Sa grand'mère paternelle, et son père ont été atteints tous les deux de troubles cérébraux.*

2° X... *après avoir eu, il y a deux ans, une obsession suiciae a été pris, au commencement du mois d'août dernier, d'une obsession homicide. C'est sous l'empire de cette obsession pathologique, de cette idée incoercible, de cette impulsion irrésistible, qu'il a commis la tentative d'homicide dont il est inculpé.*

Il ne saurait donc en être rendu responsable.

3° X... *doit être placé dans un asile d'aliénés.*

Les obsédés criminels, qui résistent, qui luttent, qui préviennent leur entourage, sont encore les plus nombreux.

Spurzheim rapporte le cas d'un individu qui fut pris d'obsession homicide après avoir assisté à l'exécution d'un criminel. Il pleurait et éprouvait une angoisse extrême, il exhortait ses amis à prendre garde.

Marc (1) rapporte le cas d'une domestique qui implorait le congé de ses maîtres, parce que, toutes les fois qu'elle déshabillait leur enfant, elle était prise de l'envie irrésistible de l'éventrer.

Le cas de Glénadel a souvent été cité.

Les observations qui vont suivre nous montreront aussi

1. Marc. — *De la folie considérée dans ses rapports avec la médecine légale.*

toute la lutte angoissante qu'éprouvent ces malheureux, lorsqu'ils sont dominés, aveuglés par l'idée qu'ils réprouvent pardessus tout. Les uns succombent comme Mme G..., dont l'impulsion homicide a eu peu de conséquences, les autres ont pu résister, le plus souvent, grâce à l'appui qu'ils sont venus demander à l'Asile.

OBSERVATION IV

(*Tirée de la thèse de M. le Dr Wahl*).

Débilité mentale. — Impulsions homicides.

M. D... Valentin, âgé de 20 ans, collégien, entre à l'asile de Villejuif, venant de Sainte-Anne, le 3 mars 1896. Les antécédents héréditaires sont très chargés. Sa grand'mère paternelle s'est suicidée dans une maison de santé à l'âge de 56 ans. Son père est mort à 33 ans en état de démence, probablement paralytique, à la maison nationale de Charenton.

Il entre à Sainte-Anne venant de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police avec le certificat suivant de M. le Dr Garnier :

« Dégénérescence mentale héréditaire avec stigmates, hérédité de la ligne paternelle. Père, grand'mère et arrière grand'mère aliénés. Obsessions et impulsions homicides. « Est poussé à tuer « sa mère qu'il a poursuivie armé d'un couteau. » Se déclare poussé malgré lui à « faire du tragique » et c'est pour cela, ajoute-t-il qu'il a soumis sa mère à la strangulation pour simuler cet acte et non avec l'intention de l'accomplir. »

« Nous empruntons les détails suivants à une lettre que la malheureuse mère de ce jeune homme écrivait à M. le Dr Pactet, médecin en chef à l'asile de Villejuif.

« Depuis son enfance mon pauvre enfant a toujours été très délicat et ne vivait que par des soins constants ; le but de ces soins était avant tout de lui calmer les nerfs. Toute sa vie plus ou moins il a toujours eu un certain tremblement dans les mains et

un grand embarras de la parole, lequel souvent était pris pour du bégaiement. Une particularité de son caractère jusqu'à 15 ou 16 ans était de répéter une chose qu'il avait dans la tête plus de vingt et trente fois de suite mais sans scène violente à cette époque, mais malgré cela cherchant à frapper, pincer, etc.

« Vers 17 ou 18 ans il s'en est pris aux choses, aux meubles, dans un moment d'emportement, dans des colères blanches qui le rendaient livide et le laissaient dans un abattement extrême allant jusqu'à la prostration. Ces sortes de crises commençaient ou s'annonçaient par une froideur glaciale aux extrémités et le visage couvert de sueur. Alors la lutte du bon et du mauvais se faisait en lui, me demandant pardon et promettant de faire tous ses efforts pour ne pas recommencer de si terribles scènes.

« Enfin, je vivais dans cette constante étude de ne rien faire qui pût le froisser et irriter ce pauvre cerveau si malade, et je n'y arrivais pas ; tout ce que je pouvais faire était pris en mauvaise part. Il se rendait bien compte de ce que je faisais pour lui, par l'affection qu'il me rendait, mais, néanmoins, me prenant en grippe, il y avait chez lui ce terrible esprit de contradiction.

« Au mois d'août dernier, il avait échoué au baccalauréat. Dès lors des scènes violentes commencèrent : son but était de me tuer et de se tuer après. Il devint de plus en plus sombre, silencieux, taciturne, restant des heures entières sans proférer une parole, fuyant tout le monde.

« Au mois de novembre, il fut admissible au baccalauréat, mais le mal n'en allait pas moins grandissant. Le samedi 29 février, avant de partir à ses cours il m'enferma avec lui dans ma chambre et il fit mine de vouloir m'étrangler.

« Cette cruelle obsession de me tuer et de se tuer ensuite ne le quittait plus.

« Il se trouvait si malheureux qu'il me suppliait de lui donner du poison. Un médecin consulté m'indiqua la séquestration.

« Le lendemain, en venant me dire bonjour, il me montra un couteau de table caché dans sa poche en disant : « Je t'ai ratée, mais cette fois mon plan est bien pris. » Je le réprimandai doucement, il me remit son couteau. Il partit au lycée très calme, mais, en revenant, il renouvela la scène de vouloir m'étrangler. Ma mère qui était auprès de moi, cria et appela ; car il venait encore de

me montrer le couteau. Il voulait fermer les portes à clef ; j'eus peur à ce moment et je me sauvai dans l'escalier, réclamant du secours. Les voisins entrèrent, mon pauvre enfant voulut se jeter par la fenêtre, il était dans un tel état d'exaspération qu'on alla chercher un agent. Il déclara au commissaire qu'il n'était pas toujours maître de lui. »

OBSERVATION V

(*Recueillie dans le service de M. Magnan.*)

(*Le cas de cette malade a été signalé dans une communication faite par Mlle Roubinovitch à la Société médico-psychologique, séance du* 29 *mai* 1899.)

Dégénérescence mentale. — Syndromes épisodiques. — Impulsions homicides et suicides. — Dépression mélancolique. — Tentative de suicide secondaire aux impulsions homicides. — Impulsions et obsessions diverses : à voler, à avaler des aiguilles et des épingles. — Doute.

Mlle L. G., âgée de 28 ans, est entrée à l'admission à Sainte-Anne, le 30 janvier 1899.

Les renseignements sur *ses antécédents héréditaires* sont très incomplets. Son père, marchand de chevaux, était alcoolique ; il est mort à 50 ans d'une affection de poitrine. On ne retrouve pas de tares névropathiques dans la famille paternelle. Sa mère a 49 ans ; elle est bien portante, ne présente aucun accident nerveux. Le grand-père maternel était alcoolique. Huit enfants dans la famille maternelle, parmi lesquels on ne relève ni troubles nerveux, ni suicide, ni aliénation. Un frère de la malade âgé de 36 ans est nerveux, il a un caractère violent et versatile. Un autre frère, de 31 ans, est bien portant ; enfin un dernier frère est mort à 5 ans des suites de la rougeole.

La mère de la malade n'a pas eu de fausses couches. Ses gros-

sesses et ses couches ont été bonnes et sans accident. Pas de consanguinité.

Dans ses antécédents personnels on ne relève aucun trouble. Elle n'a pas eu de convulsions dans l'enfance, pas de fièvres éruptives, ni de maladies infectieuses. Elle marche de bonne heure. Sa dentition est normale, et lorsqu'à 6 ans elle va à l'école elle apprend facilement. Son caractère est gai et ne présente rien d'anormal. Réglée à 16 ans, elle est bien réglée de suite et l'a toujours bien été. Son caractère n'a pas changé à cette époque ; cependant, elle est devenue peureuse et n'ose sortir quand il fait sombre.

La maladie actuelle paraît dater du mois de décembre 1891. A cette époque elle était cuisinière dans une famille à Paris. Elle eut une attaque d'influenza qui dura une semaine. Pendant sa convalescence, elle commença à ressentir une lourdeur dans la tête et des deux côtés des tempes « comme si elle avait un poids sur le cerveau. » Cette lourdeur semblait varier avec l'état atmosphérique, elle semblait se dissiper avec le soleil. En outre un fonds de dépression mélancolique semblait s'établir chez la malade, elle éprouvait un ennui profond qu'elle ne pouvait rapporter à aucune cause.

C'est au milieu de cet état morbide qu'apparurent les impulsions homicides. Un jour qu'elle était occupée à éplucher des légumes en compagnie de la fille de sa maîtresse, elle fut prise subitement de l'envie de tuer cette enfant. « C'était un vif désir que je ne saurais vous expliquer dit-elle, un serrement me prit au cœur, j'éprouvais une angoisse, j'étouffais, tellement était fort le désir de m'emparer du couteau le plus tranchant et de découper la chair de cette enfant que j'aimais. » Elle renvoya la fillette à la cuisine et l'obsession homicide disparut. Les adultes en général la laissait indifférente au commencement. « Mais quand je voyais cette enfant sur laquelle j'avais une autorité, l'envie de la tuer était plus forte que moi. » La vue d'un couteau tranchant l'attirait comme un aimant et plus l'instrument était tranchant, plus était intense l'envie de l'enfoncer dans la chair vivante. Il fallait, pour que l'obsession homicide naisse dans son cerveau, la vue d'un couteau tranchant et la présence de l'enfant. Quand ces deux choses é aient réunies elle ne pouvait se soustraire à cette

obsession que par la fuite. Mlle L. G. lutta contre cette impulsion pendant des mois, mais d'autres obsessions vinrent bientôt s'ajouter à celle-là : c'est ainsi qu'en préparant le repas de ses maîtres elle eut envie de mettre du poison dans les aliments « pour faire du mal à n'importe qui et à moi-même, » dit-elle. La vue d'allumettes lui donnait envie de mettre le feu. Des obsessions au suicide se surajoutèrent à ses impulsions homicides, elle essaya de respirer du gaz d'éclairage mais elle fut surprise par sa maîtresse. Son état mélancolique augmenta, elle ne mangeait plus, il lui semblait que sa mémoire disparaissait, les insomnies étaient fréquentes, enfin elle était tellement surexcitée qu'elle sentait qu'elle ne pourrait plus se posséder. « On ne peut se figurer comment j'étais, » dit-elle.

Elle quitta alors sa place au mois de juillet 1892. Elle pensait qu'en quittant Paris ses idées disparaîtraient, et elle se rendit dans sa famille en Bretagne. Dans le train qui l'emportait elle fut obsédée par l'idée de tirer le bouton d'alarme ; elle fut obligée de se mettre dans un compartiment où il y avait du monde et de s'efforcer de ne pas regarder le signal d'alarme. Chez elle les obsessions continuèrent; obligée de coucher avec sa mère, chaque fois qu'elle se trouvait à côté d'elle, elle éprouvait un si vif désir de la tuer, qu'elle se décida à quitter la maison le plus tôt possible ; elle n'osait confier à sa mère ce qui la tourmentait. Une nuit, Mlle L. G. fut prise tout à coup de l'envie irrésistible de l'étrangler. « Cette misérable idée, dit-elle, avait un tel empire sur moi, que je me demande toujours comment j'ai pu quitter le lit à temps. Si j'avais mis mes mains sur sa gorge, nulle force n'aurait pu m'empêcher d'accomplir cet acte funeste. N'est-ce pas terrible, ajoute-t-elle, d'avoir de telles idées envers ma mère que j'aime. » Les insomnies étaient de plus en plus fréquentes, elle ne mangeait plus, son caractère devenait irritable. Ses obsessions revenaient par crises, et les paroxysmes apparaissaient surtout avant et après ses règles. Pendant la période menstruelle elle se sentait mieux. Au moment des paroxysmes, elle présentait une céphalée intense, « elle a un poids sur la tête, ses tempes sont prises comme dans un étau, une griffe la serre à la gorge, elle étouffe. »

Elle quitta sa mère et rentra à Paris, en novembre 1892, et se plaça dans une famille où il y avait deux enfants : un garçon de

2 ans et une fillette de 7 ans. Aussitôt qu'elle se trouva seule avec les enfants, l'obsession homicide apparut de nouveau. C'est alors que, désespérée de mener une telle vie, elle résolut de s'asphyxier. « De crainte de faire un malheur je préférais me donner la mort; j'étais heureuse de mourir. » Avant de se coucher, elle prépara un réchaud de charbon, le plaça auprès de son lit, l'alluma et se mit au lit. Le matin on la trouva à demi-asphyxiée, un pied grièvement brûlé. Transporté à l'Hôtel-Dieu (août 1893), elle y resta trois mois. Pendant ce laps de temps, sauf les deux ou trois premières semaines de son séjour, ses impulsions homicides furent moins fortes. « Les médecins et les infirmières avaient une autorité sur moi et cela m'empêchait de vouloir leur faire du mal. »

En sortant de l'Hôtel-Dieu, elle va passer quelque temps chez elle. Mais dès qu'elle fut arrivée, ses impulsions homicides apparurent de nouveau, ce n'est plus sa mère qui est en cause, mais une de ses plus jeunes amies.

C'est à cette époque qu'elle entra à la Salpêtrière où elle resta trois ans. Ses impulsions diminuèrent peu à peu grâce au traitement : bromure, hydrothérapie, et traitement moral journalier. « Les idées n'étaient pas aussi fortes à la Salpêtrière parce que je ne voyais pas d'instruments tranchants. » Elle eut cependant quelques obsessions au suicide, se sentant poussée à avaler les aiguilles et les épingles dont elle se servait dans ses travaux de couture. « C'était une lutte épouvantable pour résister au désir d'avaler les aiguilles et les épingles, » nous dit-elle.

Cependant elle sortit de la Salpêtrière en août 1896 très améliorée ; elle pouvait toucher aux instruments piquants et tranchants sans que les obsessions et impulsions homicides ne renaissent.

En sortant de la Salpêtrière elle se rendit chez son frère à Libourne, où elle resta quelques mois sans impulsions. Ce n'était qu'une accalmie, car bientôt l'obsession homicide apparut avec plus de force, elle veut tuer son petit neveu. A la vue d'un couteau, elle se sentait envahir par l'envie de le lui enfoncer dans la poitrine ou dans un membre, « n'importe où, dans la chair », dit-elle. Ses obsessions étaient plus fortes, lui semblait-t-il, elle avait peur de succomber plus tôt, aussi fuit-elle la demeure de son frère, pour retourner chez sa mère qu'elle quitta bientôt, obsédée qu'elle

était par l'idée de la tuer. « Il semble, dit-elle, que mes idées sont plus fortes avec les personnes que j'aime le mieux. »

Elle rentra à Paris en août 1898 et alla se placer chez deux vieilles dames « que je dominais plus ou moins, » ajoute-t-elle. « J'y suis resté huit jours et ce furent huit jours d'enfer ; quand je les regardais, l'impulsion était tellement forte que je ne sais comment j'ai pu y résister » Elle les quitta à la fin de la semaine. Dans une autre famille où elle alla se placer, la maîtresse de la maison allait accoucher. « Le jour où j'appris cette nouvelle, je suis partie, car je sentais déjà le désir de tuer l'enfant qui n'était pas encore né. » Elle entra alors à l'hôpital Saint-Antoine où elle fut soignée pendant les mois de novembre et de décembre. Les douches, le bromure de potassium l'améliorèrent et, en sortant, elle se plaça comme cuisinière au collège d'Arcueil. Tout marcha à merveille pendant les huit premiers jours, elle se sentait si bien qu'elle se crut complètement changée. Mais bientôt la vue du couteau l'obsèda de nouveau, les impulsions se montrèrent, elle avait envie de verser du bouillon bouillant sur la tête des personnes qui se trouvaient avec elle. Les insomnies apparurent. Son appétit diminua. Enfin, de guerre lasse, à bout de patience, elle rentra à Paris, pour se faire enfermer « dans un endroit sûr ».

Dans le cours de ces différentes années, L. G. a présenté à côté des impulsions homicides et suicides, et à diverses reprises, toute une série d'autres obsessions et impulsions: des idées de doute, la peur du toucher, un peu de kleptomanie, de pyromanie, d'onomatomanie; enfin elle fut plusieurs fois obsédée par l'idée d'embrasser des hommes qu'elle ne connaissait pas.

A son entrée à Saint-Anne, la malade est profondément triste, obsédée qu'elle est continuellement par ses idées homicides. « Aussitôt que je vois des objets tranchants, ça m'attire, c'est quelque chose d'incroyable, » dit-elle. Puis peu à peu ses obsessions sont moins fortes, car elle se sent en sûreté, elle est plus calme, moins angoissée. Elle ressent toujours le même poids sur la tête ; elle ne peut pas écrire, « ses idées sont embrouillées, sa tête est trop lourde. » Tous ces phénomènes petit à petit se sont amoindris ; la malade peut, sans angoisse, manier un couteau, couper la viande pour les autres malades. Elle se trouve sensiblement améliorée : « Je peux me servir ici des couteaux, dit-elle,

cela me laisse tranquille; mais je ne réponds pas des instruments aiguisés et plus tranchants, surtout si je me trouvais en face d'une personne qui n'ait pas d'empire sur moi. »

Mlle L. G. a une physionomie intelligente et présente peu de stigmates physiques de dégénérescence; les dents de la machoire inférieure sont mal implantées, les oreilles n'ont aucune déformation appréciable. L'aspect physique en un mot est normal.

OBSERVATION VI

(*Recueillie dans le service de M. Magnan, par mon collègue et ami le Dr Truelle.*)

Dégénérescence mentale. — Obsessions homicides et suicides.

Mme T., âgée de 29 ans, entre pour la première fois au service de l'admission de Sainte-Anne, le 28 octobre 1897.

Antécédents héréditaires. — Le père de la malade ne présente pas de tare nerveuse; asthmatique, il n'a jamais fait usage d'alcool, préférant boire de l'eau par raison d'économie; vit à la campagne.

Le grand-père paternel est mort asthmatique à 84 ans, sans tare nerveuse; il était sobre.

La grand'mère paternelle est morte jeune à la suite de couches.

La mère est très vive, un peu nerveuse, mais sans idées obsédantes ni bizarreries.

La grand'mère maternelle est morte à 89 ans, sans affaiblissement intellectuel.

Le grand-père maternel était alcoolique, il est mort à la suite d'une brûlure faite sur un poêle un jour qu'il était dans une crise d'alcoolisme aigu.

Un frère de 48 ans est maladif et souffre d'une gastralgie.

Une sœur de 42 ans est robuste, bien portante, elle vit à la campagne où elle cultive la terre.

Un frère de 38 ans, voyageur de commerce, est très gai, plutôt insouciant; il fait des excès de boisson.

Enfin une sœur de 31 ans bien portante.

En général, dans la famille de la malade les sentiments affectifs sont peu développés; l'argent est par-dessus tout ce qui les préoccupe, ils sont très avares. Les parents, entre lesquels il n'y a aucun lien de consanguinité, avaient 43 ans quand est née la malade.

Elle a été élevée au biberon; n'a jamais eu de convulsions étant jeune et sa première enfance ne s'est fait remarquer par rien de particulier.

Envoyée à l'école communale, elle apprend difficilement, préférant s'occuper de chiffons que de lecture.

Mise en apprentissage à 12 ans chez une couturière, à la campagne, elle montre beaucoup de dispositions pour ce métier, et entre deux ans après au Bon Marché où elle devient essayeuse; elle y reste neuf ans. Elle va ensuite au Printemps au même titre, ayant plusieurs ouvrières sous ses ordres, menant une vie très active, très fatigante, mais qui lui plaisait beaucoup.

Mariée à 22 ans avec le neveu de son beau-frère, elle a toujours eu beaucoup d'affection pour son mari, qui, cependant, mène une vie absolument désordonnée, se grisant presque journellement, dépensant à peu près tout l'argent de la maison. La malade supporte cela d'une façon très courageuse, toujours gaie à son magasin, cachant le plus possible le vice de son mari, ne se plaignant jamais à personne.

Presque aussitôt après son mariage, elle eut une petite fille actuellement âgée de 7 ans, pâle, délicate, mais très douce et très obéissante, suffisamment intelligente.

Jusques il y a trois ans, Mme T. n'aurait rien manifesté de particulier, elle était d'un caractère plutôt gai, aimant à rire; elle n'était pas superstitieuse et vivait une vie normale. Jamais elle n'a fait aucun excès de boisson.

Depuis trois ans elle se montrait plus affectée de la conduite de son mari, pleurant fréquemment le soir à la maison, ou s'emportant violemment, essayant par tous les moyens possibles de lui faire rompre ses habitudes alcooliques; néanmoins, elle le soutenait encore envers et contre tous, n'avouait à personne qu'il la frappait quelquefois et s'est même quelque peu brouillée avec sa famille à cause de lui.

Peu à peu son caractère s'assombrit, elle manque fréquemment d'énergie, ne s'occupe plus à son magasin avec la même ardeur, elle se sent très lasse, découragée, et cinq mois avant son entrée à Sainte-Anne, elle doit garder le lit en proie à une faiblesse générale, avec céphalée intense et douleur sacrée, mais sans aucune manifestation morbide précise.

Un mois et demi environ après le début de son alitement, chez elle éclate la première obsession impulsive franche : elle reçoit la visite d'une amie accompagnée de sa petite fille ; au bout de peu de temps cette visite l'énerve comme d'ailleurs toutes celles qu'elle recevait, elle désire vivement les voir partir, et tout à coup, sans prodrome, elle se sent comme attirée vers cette petite avec une envie formidable de la saisir à la gorge et de lui faire du mal, de la frapper et de la tuer ; elle doit se retourner de l'autre côté pour résister à cette impulsion.

Mme T. se montre très effrayée de ce qu'elle appelle « ce penchant dénaturé » et il lui en reste une appréhension avec angoisse sourde qui dure plusieurs jours. Dès lors les impulsions vont apparaître de plus en plus fréquentes. Son état général est cependant plus satisfaisant, la malade reprend peu à peu des forces et, au mois de septembre, elle peut reprendre ses occupations au Printemps.

Mais elle n'a plus le même goût qu'autrefois à ce qu'elle fait ; il lui arrive parfois d'être obligée de s'asseoir dans un coin, les jambes lui manquant ; elle présente parfois quelques troubles de la sensibilité générale, des inquiétudes dans les jambes, comme si on l'électrisait. Ce qui l'inquiète surtout ce sont ses impulsions, au point que, dit-elle, « il lui faut un courage surhumain, pour retoucher à coups de ciseaux la jupe ou le corsage d'une cliente : » elle craint toujours que l'impulsion ne la pousse à se servir de cet instrument pour frapper quelqu'un. Elle a effectivement de temps en temps de ces impulsions très violentes, avec angoisse précordiale, dérobement des jambes, sueurs dans les mains, palpitations de cœur, mais ce qui domine de beaucoup c'est la crainte constante qu'une impulsion ne survienne.

C'est sur ces entrefaites qu'elle se décide à venir se faire soigner à Sainte-Anne où elle entre le 18 octobre 1897.

Dès son arrivée, elle présente une attitude mélancolique cons-

tante, pleurant fréquemment, se désolant de sa maladie, dont, dit-elle, elle ne guérira pas; elle a ce qu'elle appelle des « impressions » continuelles, elle craint de frapper quelqu'un et de ne pouvoir résister.

Peu à peu cependant cet état s'améliore; elle est plus gaie d'une façon générale, mais toujours très irritable, avec des alternatives de dépression, où elle voit tout en noir, où tout l'ennuie, tout l'agace, où elle ne peut supporter personne, où elle recherche la solitude, où elle répète constamment qu'elle ne guérira pas et qu'alors mieux vaut être morte. Elle présente deux ordres de phénomènes morbides : des impulsions homicides ou suicides violentes, avec phénomènes physiques, de l'angoisse concomitante, parfois aussi, mais plus rarement, des impulsions au vol. En outre elle a des envies sourdes d'entraîner quelqu'un dans un petit coin, ou au fond d'un bois, et là, froidement, lentement, de le couper par petits morceaux; elle assiste en imagination à cette scène, elle a comme la sensation du sang qui lui coule sur les doigts et alors elle n'a plus aucune angoisse, il lui semble, prétend-elle, qu'elle ferait cela très volontiers; cependant elle ajoute : « Oui, pourtant, je sais bien que ce serait atroce. » Un jour elle reçoit à l'asile, la visite de sa petite fille qu'elle n'avait pas vue depuis longtemps. Pendant une demi-heure tout va bien, puis subitement, dans la cour, l'impulsion la prend d'égorger son enfant et de la jeter dans le saut de loup. Elle revient alors précipitamment dans la salle, angoissée, les mains couvertes de sueurs et fondant en larmes. Elle présente aussi, quelque temps après, une impulsion au suicide : obsédée par l'idée de se jeter par la fenêtre, elle est obligée de se cramponner aux jupes d'une infirmière pour pouvoir résister à son impulsion.

Soumise à partir du milieu du mois de février à des séances presque journalières d'hypnose, elle s'y soumet assez volontiers; mais malgré plus de deux mois de ce traitement,on n'arrive pas à obtenir un sommeil profond et durable. Tout ce qu'on obtient, c'est un grand soulagement momentané, un calme complet avec disparition totale pendant l'expérience de toute idée morbide; à plusieurs reprises le sommeil est bien survenu, mais pendant quelques minutes seulement. Néanmoins, la malade en a retiré un certain bénéfice en ce sens que le sommeil naturel de la nuit,

quijusque-là faisait complètement défaut, est revenu consécutivement en grande partie.

En avril, les impulsions deviennent de plus en plus rares, mais le fond mélancolique persiste entretenu par la crainte constante et obsédante de l'impulsion. Mme T. continue fréquemment à se désoler, à répéter qu'elle sent maintenant que c'est chronique, « puis, dit-elle, je m'aperçois bien que je ne suis plus la même, ma tête est drôle, comme vide et pleine en même temps, c'est une sensation que je ne puis définir, comme s'il s'y passait quelque chose en dehors de moi dont je ne suis pas la maîtresse...

« Je n'ai plus de goût à rien, plus d'affection pour personne. Ma petite fille? je la déteste, c'est honteux à dire pour une mère. » En réalité il n'en est rien, et lorsqu'elle est dans de meilleurs moments, elle se montre au contraire très préoccupée de l'avenir de son enfant.

Peu à peu, cependant, le calme s'établit; elle a des périodes de tranquillité de plus en plus grandes, elle a plus de foi en sa volonté pour résister à ses impulsions si elles se présentent; elle se décide à tenter de reprendre la vie commune.

Le 18 mai 1898, elle va passer une quinzaine de jours à la campagne chez ses parents et s'en trouve assez bien, quoique de temps en temps elle ait encore quelques obsessions sourdes, mais supportables, affirme-t-elle; aussi, le 2 juin, peut-on signer sa sortie définitive.

Elle est en somme sinon complètement guérie, du moins sensiblement améliorée.

OBSERVATION VII (personnelle).

(*Recueillie dans le service de M. Briand, médecin en chef à l'Asile de Villejuif.*)

Dégénérescence mentale. — Impulsions au suicide et à l'homicide. — Hallucinations de la vue.

Mme G. âgée de 43 ans est entrée pour la première fois à l'asile de Villejuif le 6 avril 1894.

Antécédents héréditaires. — On a peu de renseignements sur la famille paternelle.

Le père est mort à 61 ans, écrasé par un omnibus; il ne faisait pas d'excès alcooliques. Son caractère était très emporté, il battait sa femme et se mettait en colère pour un rien.

Le grand-père maternel est mort très âgé, il ne buvait pas. La grand'mère maternelle, alcoolique, avait un caractère emporté et méchant; buvait surtout du rhum, s'est brouillée avec la mère de la malade pour des questions d'argent. Elle est morte âgée, à la Salpêtrière, de maladie inconnue.

Un oncle, très exalté et méchant, buvait beaucoup.

Ses cousins et cousines se sont brouillés avec sa mère, ils avaient des caractères bizarres et peu accommodants.

La mère, très sobre, avait un caractère doux et très gai. A la suite d'une grippe elle aurait eu des idées noires et aurait été obsédée par des idées de suicide pendant les deux années qui ont précédé sa mort; elle est morte à 84 ans à l'hospice d'Issy.

Pas de liens de consanguinité entre les parents Sa mère a eu neuf enfants, pas de fausses couches. Tous ont eu des convulsions. Six sont morts.

Un, à quelques mois, de convulsions.

Une sœur, à 23 ans, de tuberculose pulmonaire; deux frères, l'un à 34 ans, l'autre à 50 ans, alcooliques sont morts de phtisie.

Un autre frère est mort pendant la guerre.

Enfin une sœur est morte à 33 ans d'affection péritonéale; elle a eu pendant deux ans des impulsions au suicide et a essayé plusieurs fois de se faire mourir en s'asphyxiant par le charbon; elle était triste et s'ennuyait parce que son mari l'avait quittée.

Une sœur vivante de 56 ans n'a jamais été malade. Caractère très doux, elle n'a jamais présenté de troubles mentaux; elle est très économe.

Un frère alcoolique, très exalté, a pris part à la Commune et a été déporté.

On ne relève rien de particulier pendant la grossesse de la mère, ni au moment de l'accouchement.

La malade est née le 7 mars 1851; elle eut des convulsions à

un an, cependant elle marche à 15 mois, et sa dentition a été normale.

Elle va à l'école à 4 ans jusqu'à 15 ans, elle y est bien notée et apprend facilement. Son caractère est très doux mais un peu triste. Elle a quelques manifestations scrofuleuses et des taies de la cornée, qui ne laissent aucune trace; sa vue ne s'en est jamais ressentie.

Réglée à 15 ans, et bien réglée, elle a pendant les premières années des céphalées violentes qui durent pendant trois ou quatre jours et qui coïncident avec les moments de ses règles. Mise en apprentissage, elle apprend l'état de plumassière. Son caractère est toujours très doux, mais avec un léger fonds de mélancolie ; elle aime à être seule, et se joint rarement aux autres enfants de son âge pour jouer avec eux. Elle a souvent des cauchemars effrayants, se lève parfois pendant la nuit, et n'aime pas sortir seule le soir, car elle a peur : il lui semble toujours que quelqu'un la suit. Pas d'onanisme.

Mariée à 18 ans, elle a eu cinq enfants qui se portent bien et n'ont pas eu de convulsions. Son dernier enfant est né au 8e mois.

Pendant les deux premières années de son mariage, tout marche bien, elle est heureuse, son caractère est un peu plus gai. Mais son mari boit beaucoup, fait de nombreuses dépenses, cela la tourmente et l'éloigne de lui. Elle devient alors triste et morose et prend comme amant, pour être plus heureuse, un individu dont elle fait la connaissance aux Halles, où elle vend avec sa mère depuis son mariage. Elle reste cependant avec son mari à cause de ses enfants.

Jusqu'à 30 ans, toujours triste par intervalles, elle n'a plus les peurs qu'elle présentait étant jeune fille. Son mari, très emporté, continue ses excès alcooliques, il est méchant et lui rend la vie malheureuse. Il s'aperçoit qu'elle a un amant et la quitte; elle avait alors 37 ans.

Séparée de son mari, elle voit toujours son amant sans cependant vivre avec lui, à cause de ses enfants.

Elle atteint ainsi l'année 1894, époque à laquelle commencent à apparaître les obsessions et les impulsions pour lesquelles elle est entrée à l'asile.

L'apparition de ces obsessions et impulsions morbides coïncida

avec une époque menstruelle. A ce moment elle s'aperçoit que son amant qu'elle connaissait depuis vingt-deux ans, n'est plus le même avec elle ; on lui dit en outre qu'on l'a rencontré avec une autre personne. Cette nouvelle l'émotionne et sous cette influence les troubles morbides entrent en scène.

Son état mélancolique augmente; très triste, elle a des insomnies fréquentes, ne mange plus; elle ressent une angoisse précordiale qui l'oppresse et l'étouffe, « elle avait comme un poids sur la poitrine », de plus elle a mal dans les bras, dans les jambes, céphalée intense, avec paroxysme par intervalles. C'est alors qu'elle sent naître dans son esprit une idée, qu'elle repousse tout d'abord, mais l'idée l'obsède, devient plus forte, se précise : si elle tuait son amant, « Je m'en vais lui donner un mauvais coup, il faut que je le tue, » dit-elle. Cette idée revient sans cesse à son esprit; par intervalles cette obsession l'envahit à un tel point, qu'elle est angoissée, le sang lui monte à la tête, ses mains se couvrent de sueurs et elle sent qu'elle serait capable de céder à son obsession si son amant était devant elle. Elle veut voir du sang, voit tout en rouge. Elle a pleinement conscience de son état et le déplore. Un jour se trouvant aux Halles et croyant voir son amant, elle se sent envahie brusquement par son idée homicide, elle saisit un couteau et, ne pouvant se retenir, elle frappe un homme inconnu qu'elle a pris pour lui, et lui érafle l'épaule de son arme. Elle éprouva après une grande satisfaction, se sentit soulagée comme si on lui avait ôté un poids de dessus les épaules. Et cependant elle regrettait ce qu'elle avait fait, se rendant compte qu'elle avait été poussée à agir par une force au-dessus de sa volonté.

A côté de ces impulsions homicides, elle est aussi obsédée par l'idée de se faire mourir.

Comme pour l'obsession homicide, elle a des paroxysmes où, angoissée, elle a grand'peine à résister à l'obsession. Elle voudrait avaler le soufre qui se trouve après les allumettes, a l'idée de se jeter par la fenêtre.

Pendant deux mois ces obsessions ne la quittent pas; toutes les fois qu'elle voit son amant, l'obsession devient plus forte, et de peur de succomber elle est obligée de le fuir. Son état mélancolique s'accroît, ses nuits sont sans sommeil, et les troubles de la sensibilité augmentent. D'autres phénomènes apparaissent alors

et bien qu'elle ne fasse aucun excès alcoolique, elle a des hallucinations de la vue; pendant la nuit elle voit des ombres, des hommes qui vont et viennent devant elle ; de grosses bêtes, des serpents, des rats sont autour d'elles et parfois même elle croit qu'ils vont la mordre. Elle voudrait les fuir mais elle ne peut.

Sentant que ses obsessions deviennent de plus en plus fortes, « elle était toute effarouchée » dit-elle, qu'elle peut de moins en moins y résister, elle vient elle-même à pied à l'asile de Villejuif où son mari a été interné huit mois. Elle veut se faire enfermer afin de ne pas céder à ses mauvaises idées. Elle entre ainsi à l'asile le 6 avril 1894.

A l'entrée Mme G. se présente avec une dépression mélancolique intense. Très angoissée, son esprit est envahi par des obsessions au suicide et à l'homicide.

Elle est sans cesse obsédée par l'idée de tuer son amant ou tout autre individu même inconnu d'elle.

Par intervalles obsession très forte au suicide. Ses insomnies sont très prononcées, elle mange peu et présente des hallucinations de la vue très manifestes.

Elle se plaint en outre de lourdeur dans la tête, de douleurs et de picotements dans les bras, dans les jambes, et une angoisse précordiale l'étouffe et l'oppresse.

A l'examen on ne trouve aucun stigmate physique de dégénérescence.

Tous ces phénomènes se sont calmés, quoique lentement, sous l'influence d'un traitement et d'une hygiène appropriés, et, complètement améliorée, elle sort définitivement de l'asile le 25 mars 1895.

Le lendemain de sa sortie elle a revu aux Halles son amant, et quoique légèrement impressionnée, sa vue n'a pas fait apparaître l'impulsion homicide.

Dans ces observations nous voyons qu'à côté de l'obsession et de l'impulsion homicides, d'autres états syndromiques apparaissent, suivant l'hérédité morbide plus ou moins prononcée que présentent ces malades. Nous relevons, même dans une des observations, des hallucinations de la vue qui

dépendent de la fertilité délirante du sol dégénératif, peut-être d'un appoint alcoolique que la malade ne nous a pas avoué, mais qui est venu mettre sa note discordante au milieu de ce déséquilibre mental, sans cependant s'y mêler.

Nous devons ajouter qu'au point de vue purement clinique on peut, à l'exemple de M. Séglas, décrire deux formes aux paroxysmes obsédants de l'obession homicide.

Tantôt il peut être unique, ce qui arrive généralement au commencement de l'apparition de l'obsession.

Ou bien, et c'est ce qui arrive lorsque le syndrome est complètement installé, les crises tendent à devenir subintrantes; c'est un véritable état de mal obsédant suivant l'expression de Séglas, comme l'état de mal épileptique ou hystérique.

II. — Obsession et impulsion au suicide.

L'expression, impulsion au suicide, désigne un syndrome qu'on ne rencontre que chez les héréditaires dégénérés.

Avant tout on ne doit pas confondre l'idée de suicide qui a pour base une obsession avec les idées de suicide qui sont engendrées par une succession d'idées délirantes ou par des hallucinations.

L'impulsion au suicide, engendrée par une obsession, est rare.

Plus que dans l'obsession et l'impulsion homicides, l'hérédité y joue un rôle prépondérant. L'hérédité similaire est fréquente, les observations des familles où l'on trouve des suicides dans toutes les générations ne sont pas rares. Déjerine rapporte dans sa thèse d'agrégation une observa-

tion de Maccabruni qui est l'histoire d'une famille vouée au suicide.

Les influences ethniques, cosmiques, sociales sont de bien moins grande importance.

Moreau de Tours (1) fait remarquer avec justesse que depuis le cas de Voltaire, qui le premier remarqua l'influence considérable de l'hérédité dans le suicide, où le malade s'était tué au même âge que son frère et son père, les cas d'hérédité dans le suicide abondent chez les classiques.

Il n'est pas d'individu, dit Esquirol (2), qui n'ait eu des idées de suicide, et même le désir de se précipiter en bas, lorsqu'il s'est trouvé sur un lieu élevé ou auprès d'une fenêtre, ou de se noyer lorsqu'il passait sur un pont.

Dans ce cas-là, l'idée passe sans laisser généralement de trace.

« Mais on ne peut nier, dit-il, qu'il y ait des individus qu'un penchant funeste entraîne au suicide par une sorte d'attrait irrésistible. L'idée de suicide devient alors une idée fixe qui préoccupe sans cesse le malade, et, la nuit comme le jour, ne peut quitter sa pensée. »

Il cite l'observation d'une famille chez qui la grand'mère, la mère, la fille et le petit-fils se sont suicidés; d'un négociant père de six enfants dont les quatre fils se suicidèrent, le cinquième devint aliéné et guérit, la fille eut un accès de manie pendant lequel elle fit de nombreuses tentatives de suicide.

Falret (3) raconte l'histoire d'un de ses malades qui a cinq

1. Moreau (de Tours). — Dict. Jaccoud. Art. *Suicide.*
2. Esquirol. — Op. cit.
3. Falret. — *Hypocondrie et suicide*, 1872.

enfants, dont l'aîné se précipita, sans motif, d'un troisième étage, le second s'étrangla à 25 ans, le troisième se jeta par une fenêtre, le quatrième se tua d'un coup de pistolet.

Une malade de Saury (1) se sentait poussée à se précipiter par la fenêtre, elle évitait de s'approcher du parapet, quand elle passait sur un pont, de peur de l'enjamber; elle était prise de l'envie de frapper ou de se frapper elle-même. « Otez les couteaux, dit-elle un jour à sa cousine, car mes nerfs sont si drôles, qu'à table je suis tentée de m'ouvrir le ventre. » Cette malade se rendait parfaitement compte de son état. Elle sentait que ses idées étaient imaginaires, qu'elle ne pouvait y résister, que c'était plus fort qu'elle.

Aubanel avait dit depuis longtemps qu'on trouvait, chez les malheureux qui se livraient au suicide, les mêmes formes que dans la folie homicide. « Il en est qui se tuent sans motifs, c'est une force intérieure qui les pousse, qui les maîtrise à un tel point qu'ils sont obligés d'y obéir subitement ou après une lutte plus ou moins longue. »

Dagonet (2) cite l'observation d'un officier F. de Z. qui présenta une persistance et une intensité remarquables des idées de suicide.

Comme pour la folie homicide l'imitation peut avoir la plus funeste influence.

On peut décrire à l'obsession et à l'impulsion au suicide le même mode d'envahissement que pour l'impulsion homicide.

Nous pouvons de même lui considérer deux formes :

Dans la première, l'impulsion sera brusque, envahira d'un seul coup le champ de la conscience et laissera le malheureux

1. Saury. — *Etude clinique sur la folie héréditaire.*

2. Dagonet. — *Des impulsions dans la folie et de la folie impulsive.*

désarmé et impuissant la plupart du temps à résister à l'idée qui l'obsède.

Dans une deuxième forme, l'impulsion apparaît en pleine conscience ; lentement l'obsession s'installe dans l'esprit du malade. Elle augmente petit à petit, un état mélancolique secondaire consécutif à l'obsession apparaît et le malade angoissé demande protection et aide afin qu'on le débarrasse de cette idée qui le rend horriblement malheureux.

Suivant la forme du paroxysme on peut aussi décrire à l'obsession et impulsion suicides, deux formes, comme nous l'avons fait pour l'impulsion homicide.

Enfin manifestation essentielle des héréditaires dégénérés, plus que partout ailleurs nous trouverons, avec l'obsession et l'impulsion au suicide, de nombreux autres syndromes, comme la dipsomanie, marque indélébile de l'état profond de dégénérescence de ces individus. D'autres manifestations morbides apparaîtront aussi, et d'autant plus facilement que l'hérédité est plus chargée.

On peut voir s'installer d'autres idées de suicide n'appartenant pas à l'obsession, mais à des états délirants, d'où il ressort l'importance qu'il y a de bien connaître ce syndrome, obsession et impulsion au suicide. Irrésistibilité, conscience de l'état morbide, angoisse inexprimable, voilà les caractères du syndrome et, en plus, on peut ajouter : les malades viennent eux-mêmes demander comme une grâce leur internement.

Il est ainsi difficile de le confondre avec les autres formes de suicide que l'on rencontre dans l'alcoolisme, dans le délire chronique, les états mélancoliques, enfin le suicide non impulsif que l'on peut observer dans la vie du dégénéré.

OBSERVATION VIII.

Communiquée par M. Magnan.

Dégénérescence mentale. — Mélancolie. — Obsessions et impulsions au suicide. — Hallucinations confuses.

Le nommé J., 37 ans, est entré pour la première fois au service de l'admission le 30 juin 1875.

Antécédents héréditaires. — C'est dans la famille maternelle que l'on rencontre surtout des tares dégénératives. Sa mère avait eu des attaques convulsives dans sa jeunesse, elles auraient cessé vers l'âge de 48 ans. C'était une aliénée mystique en liberté ; elle restait toute la nuit en prières et entendait des saints qui lui parlaient; elle faisait toute espèce d'extravagances religieuses. Elle imposait toutes ses pratiques de dévotion à sa famille. Une tante maternelle est bizarre et originale. Un oncle est mort en démence paralytique, à l'âge de 65 ans. Enfin un frère s'est suicidé à 37 ans en se jetant sous les roues d'un omnibus, il était alcoolique.

On a peu de renseignements sur ses antécédents personnels. Cependant, d'après les renseignements de sa femme, il est malade depuis plusieurs années. Cet état maladif daterait de neuf ans. A cette époque J. aurait été frappé à la tête dans une bagarre chez un marchand de vins.

A la suite de ce traumatisme, il garda le lit pendant un mois avec de la fièvre et du délire. Depuis, son caractère à changé, il est devenu violent, emporté, se met en colère pour un rien, et commence à faire quelques excès alcooliques. Ces excès se sont accentués depuis 1870. Il y a un an, J. devient triste, il est sombre, un fonds de mélancolie s'installe chez lui, sur lequel vont naître des obsessions au suicide allant jusqu'à l'impulsion et quelques idées homicides qui se rattachent plutôt à des idées de persécution.

Il a des hallucinations confuses, des frayeurs, mais ce qui domine surtout chez lui dès cette époque ce sont des obsessions au suicide constantes que J. ne peut maîtriser.

Il a pleinement conscience de son état, il craint de manquer de

tout et, sous l'empire de ses idées noires, il fait une première tentative de suicide en essayant de se frapper au cœur avec un outil. A la suite de cette impulsion, il entre une première fois à Sainte-Anne.

A l'entrée J. se présente avec une attitude mélancolique bien caractérisée. Il est triste, dit-il, parce qu'il a des dettes, il craint que ses enfants ne manquent du nécessaire. Il regrette sa tentative de suicide, mais néanmoins il est obsédé, par l'idée de se faire mourir, qui revient sans cesse à son esprit et dont il ne peut se débarrasser. Les nuits sont mauvaises, il a des cauchemars, s'imagine qu'il va tomber, il a des frayeurs qui l'impressionnent.

Légèrement amélioré, il sort au bout de peu de temps de Sainte-Anne pour y rentrer bientôt un mois après: le 23 septembre 1875.

Son fonds de mélancolie ne l'a pas quitté, il est toujours sombre et triste. Des hallucinations de l'ouïe ont apparu qui viennent surenchérir sur les obsessions au suicide. Il entend une voix qui le pousse à se tuer; en plus, il a quelques idées homicides, il voudrait faire périr son enfant, ou parfois il a l'idée de tuer sa femme.

Son caractère n'a pas changé; il est irritable, violent, se laisserait facilement aller à des actes regrettables, à faire un mauvais coup.

Il a des impulsions violentes. Par intervalles il montre une dévotion exagérée. Les nuits sont toujours entrecoupées de cauchemars et de frayeurs confuses.

Très lucide, il a toujours conscience de son état et le déplore.

De nouveau amélioré, il est mis en liberté. Une fois dehors il continue à se livrer à des excès alcooliques qui font bientôt réapparaître sur ce terrain prédisposé les mêmes troubles qu'auparavant qui ne font que s'aggraver.

En effet J. rentre à Saint-Anne dans le service de l'admission, le 1er décembre 1878.

Il présente toujours le même fonds de mélancolie avec des obsessions au suicide très marquées, mais l'appoint alcoolique est venu mettre sa note au milieu des anciens troubles que présentait ce cerveau d'héréditaire. Il a, en effet, des accès d'agitation dans lesquels il profère des menaces de mort contre sa femme; il a des impulsions subites qui sont violentes et dangereuses. Les hallucinations de l'ouïe sont plus marquées: des voix

lui répondent et répètent sa parole, on lui parle la nuit, on lui dit du mal de sa femme dont il est jaloux; il entend des conversations à distance. Les insomnies sont très prononcées, il a des craintes imaginaires, des frayeurs, s'impatiente sans motifs.

Pour couronner le tout, l'état mélancolique est là, immuable; il pleure, se chagrine et l'obsession au suicide dont il a parfaitement conscience est toujours aussi tenace.

Traité pendant près d'un an, il sort de Saint-Anne amélioré en octobre 1879.

Cette amélioration est de courte durée; dix jours après sa sortie il a de nouveau un accès de jalousie contre sa femme. Les hallucinations de l'ouïe reparaissent, il entend des voix à travers le mur. A elles se joignent des hallucinations de la vue, phénomène nouveau dans l'histoire de J. qui montre le peu de résistance de ce cerveau qui sombre de plus en plus.

Il voit des personnes derrière les carreaux de la fenêtre, qui veulent tutoyer sa femme; il interprète les moindres gestes de sa femme, ce sont des signes d'entente avec des personnes, des amants. Quelques idées de persécution apparaissent: « On le suit, on l'espionne tout le temps, dit-il. » Il n'a commis aucun accès alcoolique.

Au bout de deux mois de cette vie, sa femme se décide à le faire mener à la Préfecture de Police, en janvier 1879, mais la mère du malade va le réclamer et le fait sortir.

« L'enfer recommença » dit la femme; et depuis deux ans il n'est pas sorti une seule fois de sa chambre. Sa femme lui coupe les cheveux, lui fait toutes ses commissions. Il se barricade tous les soirs, met d'épais rideaux aux fenêtres, des bourrelets aux portes. Il ne parle à personne, car il prétend qu'on lui envoie des poisons, des odeurs de cuivre et de charbon, qu'on fait monter de l'électricité dans sa chambre par un tuyau de caoutchouc qui va jusqu'au plafond. Il empêche ses enfants et sa femme de sortir de sa chambre; tout au plus, le leur permet-il pour le strict nécessaire.

Il conserve toujours par intervalles des obsessions au suicide qui naissent pour la moindre cause; c'est ainsi qu'à la suite d'une discussion il a une impulsion, il veut enjamber la fenêtre, mais son fils, un enfant de 11 ans dont nous rapportons l'observation,

l'empêche de s'y jeter. Les obsessions au suicide, qui n'avaient pas reparu depuis quelques temps, étaient revenues depuis que le médecin lui avait conseillé de mettre ses enfants à la campagne pour leur santé. « Non, disait-il, il n'y a que la mort qui nous séparera, si mon petit garçon s'en va, je me tuerai, je le jure sur les cendres de mon père. Je préfère que mon petit garçon meurt que de s'en aller. » Il a, en effet, plusieurs enfants qui se ressentent, eux aussi, de la lourde hérédité paternelle.

Un petit garçon de 11 ans, très intelligent, celui-là même dont nous rapportons l'observation, a des frayeurs nocturnes ; il a des obsessions au suicide très prononcées ; se sent mal partout, au ventre, au cœur, à la tête, sent que ses yeux se retournent, voit n'importe quoi ; il dit toujours qu'il souffre beaucoup et raconte ses souffrances par le menu.

Deux autres enfants sont très nerveux ; l'un d'eux, âgé de 19 ans 1/2, s'est engagé dans l'infanterie de marine pour éviter les tristesses de l'intérieur paternel ; il est irritable, s'emporte pour un rien.

Une petite fille est morte à 11 mois, idiote.

La femme de J. n'en pouvant plus, craignant de devenir folle elle-même à la suite d'un déraisonnement aussi soutenu, à la suite des fatigues que lui impose son mari (il la force « à faire la folle » « à dire toujours comme lui »), se décide enfin pour ses enfants à le faire conduire à la Préfecture de Police.

Il entre alors une quatrième fois au service de l'admission.

A son entrée il présente des hallucinations de l'ouïe et de la vue très prononcées, des idées de persécution « on fait du tremblement sous ses pieds, il y a des machines à coudre ; on frappe ses enfants, on fait des secousses dans l'escalier pour le faire tomber quand il porte ses enfants » ; enfin des obsessions au suicide qui naissent à l'idée que ses enfants sont malades et qu'on va l'en séparer. « Si l'on me sépare de mes enfants je me tuerai, dit-il, je ne pourrai me retenir. »

Nous donnons, en outre, l'observation du fils de ce malade qui comme lui a eu des obsessions au suicide très marquées, mais qui, se ressentant de sa lourde hérédité, a présenté

des phénomènes morbides qui sont venues se surajouter au syndrome. Ce sont des hallucinations de la vue qui le poussent au suicide, et qui contrastent avec ses obsessions et impulsions.

OBSERVATION IX

(*Communiquée par M. Magnan.*)

Dégénérescence mentale. — Obsessions et Impulsions au suicide. — Hallucinations pénibles.

Le jeune J., âgé de 11 ans, est entré au service de l'admission à Sainte-Anne, le 20 septembre 1881.

Antécédents héréditaires. — Du côté maternel, la grand'mère a eu des accès d'éclampsie puerpérale et des attaques convulsives avec grands mouvements, durant une demi-heure ou même trois quarts d'heure; elle se rappelait le début seulement de son attaque. Les mouvements convulsifs se montraient de suite après la chute. — Pas de morsures de la langue; elle n'urinait pas sous elle, ne délirait pas et n'a jamais eu ni paralysie, ni contractures. Ces attaques ont cessé à l'âge de 60 ans, elle est morte à 67 ans de bronchite.

Le grand'père maternel, mort a 70 ans, a été paralysé pendant quatre ans à la suite d'un ictus apoplectique.

Un oncle et une tante sont morts de phtisie, à 37 ans et à 45 ans.

Un cousin germain maternel à l'âge de 16 ans s'est suicidé après la mort de sa mère, en avalant des allumettes bouillies dans du lait, et en s'asphyxiant par le charbon.

Cinq autres cousins germains sont morts de la poitrine entre 16 et 37 ans.

Un oncle maternel était alcoolique; aurait accusé plusieurs fois des troubles mentaux et peut-être des attaques épileptiques.

On relève encore des phénomènes morbides chez deux autres

oncles; l'un aurait présenté depuis cinquante ans des étourdissements pendant lesquels il perdait connaissance un quart d'heure ou une demi-heure; il n'aurait jamais eu de mouvements convulsifs, ni aucune paralysie. L'autre serait mort d'une pleurésie à 43 ans.

La mère serait née avant terme à 7 mois et aurait eu des convulsions en bas âge. Depuis, elle n'a jamais rien présenté d'anormal; cependant sous l'influence de l'état mental de son mari qui a été interné quatre fois et a présenté lui-même des impulsions au suicide, « elle craint de devenir folle ». — En somme instabilité mentale assez prononcée.

Du côté paternel la liste des tares héréditaires est aussi chargée.

La grand'mère paternelle aurait eu des attaques convulsives qui n'auraient cessé que vers l'âge de 63 ans. C'était une aliénée mystique en liberté, la nuit elle voyait des étoiles dans sa chambre, entendait des saints qui lui parlaient, restait parfois toute la nuit en prières et imposait toutes ses pratiques de dévotion à sa famille.

Une tante était bizarre et originale.

Un oncle est mort en démence paralytique, un autre, alcoolique, se serait suicidé à 37 ans, en se jetant sous les roues d'un omnibus,

Le père enfin a été interné plusieurs fois, il a présenté, sur un fonds de mélancolie des impulsions au suicide, et quelques idées de persécution avec excès alcooliques de 1870 à 1878.

Comme on le voit, la liste est longue des tares héréditaires que présente le petit malade.

Sur ses frères ou sœurs, deux sont très nerveux : l'un d'eux s'est engagé à 19 ans et demi dans l'infanterie de marine pour éviter la tristesse de l'intérieur paternel; d'un caractère très irritable il s'emportait pour un rien. Une petite sœur est morte à 11 mois, idiote.

J. est né le 17 septembre 1870, au moment de la guerre, il a passé tout le siège à Paris, allaité par sa mère. Dès l'âge de 3 ans, il se met en colère pour des motifs futiles; se cognant la tête contre les murs, contre le plancher, se faisant saigner du nez, etc...

En même temps il présenta des accès pendant lesquels il ne pouvait absolument pas parler malgré tous ses efforts; ces accès

duraient une ou deux heures, passant et revenant plusieurs fois dans la journée. A partir de 4 ans ces phénomène tendirent à diminuer, il ne lui resta plus qu'un peu d'embarras de la parole, pendant quelques secondes, qui le prenait souvent au début d'une conversation. Cet embarras se traduisait par l'exclamation plusieurs fois répétée : « Eh ! Eh ! Eh ! » Il dit qu'il entend dans sa tête des paroles comme celle-ci : « *Tue-toi donc! Prends donc toute ta potion! Jette-toi donc par la fenêtre! Prends de l'eau de rouille!* (acide quelconque qui sert dans le métier de blanchisseuse) ». L'accès de colère dure environ une demi-heure, la mélancolie consécutive deux heures.

Dans cet état il pleure alors beaucoup, ne demande que la mort; s'il avait un instrument sous la main il se tuerait. Il fit en effet plusieurs tentatives de suicide; s'est passé une fois autour du cou plusieurs tours de corde, une autre fois il saisit un porte-plume et s'en frappa la poitrine. Une troisième fois on le rattrapa au moment où il s'élançait par la fenêtre.

En général, il se rappelait très bien tout ce qu'il disait et faisait dans ces moments-là, et si sa mère lui en demandait la raison, il répondait qu'il ne pouvait pas s'en empêcher; il le regrettait, pleurait, disant qu'il aimait bien sa mère. Il ajoutait : « *Ce n'est pas ma faute! ça me pousse! je ne peux pas me retenir! je ne sais pas ce que je fais.* » Parfois il ne se rappelait pas les choses qu'il avait pu faire dans ces moments-là; il s'obstinait à les nier énergiquement et cependant il n'était pas menteur. Il ne se rappelait ni les injures, ni les coups donnés à ses parents, et si on lui racontait ce qu'il avait fait, « ce n'est pas vrai, » disait-il. Dans cet état, il prend en grippe sa petite sœur qu'il aime beaucoup d'habitude et la frappe aussi bien que ses parents, ne faisant aucune distinction. Quant cet accès dit de colère arrive, il devient rouge, sent une boule qui lui monte à la gorge en roulant et l'étouffe. A la fin de l'accès, il dit qu'il étouffe, qu'il ne peut plus rien avaler; tous ses membres sont fatigués, il les remue, les étire et se plaint de mal à la gorge, au ventre, etc... A certains moments, il devient pâle, faible, on est obligé de le soutenir pour marcher : il sent son cœur qui s'en va, mais il ne perd pas connaissance et se rappelle très bien tout ce qui s'est passé. Ces moments sont étrangers aux accès.

Il présente encore d'autres phénomènes, ce sont de violents

maux de tête avec une grande fièvre pendant cinq ou six jours : il ne veut plus rien prendre, reste au lit, se plaignant du ventre et de la tête. Il louche pendant deux ou trois jours malgré lui, le plus souvent de l'œil droit.

A d'autres moments, où il paraît en bonne santé, il est pris, pendant cinq ou dix minutes, d'engourdissement avec faiblesse, tantôt dans un membre, tantôt dans un autre. Ou bien il ne peut plus avaler, même les mets qu'il aime le mieux. Son ventre est gros parfois, et il n'est calme que par une forte expulsion de gaz.

A côté de ces différents phénomènes morbides, il présente des phobies et des hallucinations : il ne peut rester sans lumière, dès qu'il est dans la nuit il a des visions que le jour fait disparaître. Ce sont des hommes, ou le plus souvent de grosses bêtes à huit pattes, toutes grises, etc., etc..., ces hallucinations l'effrayent; alors il crie de peur.

En s'endormant, parfois, il se réveille en sursaut, en criant d'effroi, disant qu'il vient de voir d'horribles choses, il s'est senti tomber par la fenêtre, dans des abîmes, de grands trous; puis voyant la lumière, il se calme vite. Cela lui arrive quelquefois deux ou trois fois par nuit.

Il n'a jamais uriné ni au lit ni dans son pantalon, depuis l'âge de 3 ans. Ne s'est jamais mordu la langue et n'a jamais perdu connaissance affirme sa mère. Son oreiller n'a jamais présenté de taches de sang, enfin, il n'a jamais eu de convulsions ni d'ictus.

Il entre dans ces conditions à Sainte-Anne avec le certificat suivant :

« Débilité intellectuelle. — Hallucinations des sens. Menaces de suicide. Actes impulsifs. Cris nocturnes. Frayeurs.

« Signé : Dr LEGRAND DU SAULE. »

Son certificat d'entrée est ainsi conçu :

« Débilité mentale. — Hallucinations pénibles — Obsessions et impulsions au suicide.

« Signé : Dr MAGNAN. »

A son entrée il présente les phénomènes suivants :

Des hallucinations de l'ouïe : Il entend des voix, une grosse voix d'homme qui lui dit : « Tue-toi, plonge-toi un couteau dans

la poitrine, jette-toi par la fenêtre, etc. » Il entend ces voix par les deux oreilles et s'il se bouche les oreilles, les hallucinations sont encore plus fortes.

Des hallucinations de l'odorat : Il sent de mauvaises odeurs, celles de peinture, de soufre, des odeurs mêlées qu'il ne connaît pas.

Des hallucinations du goût : Il a un mauvais goût de rouille dans la bouche.

Ce sont les hallucinations de l'odorat qui surviennent en premier lieu et les autres les suivent. Il raconte qu'il a fait plusieurs tentatives de suicide ; elles survenaient après ses grandes colères, obsédé qu'il était par les voies qu'il entendait. Il voulait se jeter par la fenêtre, mais il ne pensait pas au mal qu'il pouvait se faire ni au chagrin qu'il aurait fait à sa mère et puis c'était plus fort que lui, il ne pouvait pas se retenir. Il a empêché cependant son père de se jeter par la fenêtre, mais à ce moment-là il n'avait pas, dit-il, « *des parlements* ».

Il présente en outre des hallucinations de la vue : Il les a toujours la nuit ; à peine couché il voit des hommes armés, des monstres roulant des yeux rouges, des flammes sortant de leurs bouches, qui se jettent sur lui ; des bêtes qui sortent de derrière son lit en grandissant et en s'approchant de lui. Il pousse un cri effroyable et ne se calme que lorsqu'il voit de la lumière. Alors les visions disparaissent peu à peu. Ces hallucinations de la vue sont toujours nocturnes, quelquefois elles sont précédées, accompagnées et suivies des hallucinations de l'ouïe, de l'odorat, du goût et de troubles de la sensibilité générale, picotements, démangeaisons, sensation de boule hystérique que l'enfant décrit très bien.

Il a des cauchemars. Fait beaucoup de rêves, des rêves toujours pénibles, grosses bêtes monstrueuses, il tombe dans des précipices, il est écrasé par une voiture, on le poursuit, on veut le tuer, il cherche à se sauver, tombe dans l'eau, etc.

Les insomnies sont fréquentes.

A ces phénomènes hallucinatoires. se joint un fonds très important de mélancolie ; il est toujours triste, il a des idées noires ; il pense à sa mère, et croit qu'elle va tomber malade et mourir, son frère engagé dans la marine va être tué par les Arabes ; il

pense toujours à sa mort. Il ne fait rien ; « je m'ennuie trop, » dit-il ; il préfère jouer tout seul, les autres enfants le taquinent trop, ce qui lui donne des maux de tête. Boule hystérique très fréquente. L'angoisse précordiale augmente avec les idées noires, plus il est triste plus l'angoisse est grande. L'idée de mourir l'obsède, et la voix de lui répéter : « Tue-toi, tue-toi, tu seras mort demain. » Dans ces paroxysmes, les troubles de la sensibilité générale augmentent, ce sont des picotements, des démangeaisons, des points douloureux dans les espaces intercostaux, sur les points d'émergence des branches du grand sciatique, du trijumeau, aux seins, à l'épigastre. Ce sont des élancements dans les jointures, de la rachialgie, enfin parfois les membres supérieurs sont anesthésiés, ainsi que le cuir chevelu et la face. Les réflexes sont exagérés ; il a des sueurs, transpire et salive beaucoup.

Il a le front bombé, saillant à la partie moyenne.

Les pupilles sont dilatées.

A la mâchoire inférieure on compte :

4 Incisives.
1 Canine de chaque côté.
3 Molaires de chaque côté.

A la machoire supérieure :

4 Incisives.
1 Canine de chaque côté.
3 Molaires de chaque côté.
1 Molaire supplémentaire de chaque côté entre la 1re molaire et la canine.

Les mensurations de crâne donnent :

Circonférence.	Au niveau de l'insertion supérieure des oreilles. . . .	51
—	Au niveau de la protubérance occipitale	51,7
Courbe biauriculaire.	Insertion supérieure des oreilles	29
—	Au niveau du tragus	32
Courbe occipito-frontale.	Tubérosité occipitale	31
—	Sous-occipitale	35,2

Diamètre biauriculaire.	Insertion supérieure des oreilles	12,2
—	Au niveau du tragus.	10,4
Diamètre occipito-frontal.	Tubérosité occipitale	17,4
—	Sous-occipitale.	15,1

Sa taille est de 1 m. 19.
Son poids est de 25 kilos.

27 *septembre.* — Frayeurs dans la nuit, crie, il voit la chambre en feu.

28 *septembre.* — Léger strabisme interne convergent.

4 *octobre.* — Le petit malade pendant la nuit a cru que sa mère était morte.

C'est une pensée qui a envahi son esprit, mais il ne l'a pas vu. Il pleure pendant qu'on l'interroge, « c'est, dit-il, parce que je pense à maman qui est très malade. » Il entend encore dire « tue-toi » dans les deux oreilles ; quand il les bouche, les voix sont plus fortes.

Le certificat de quinzaine porte cette mention :

« Débilité mentale avec hallucinations. — Idées mélancoliques. doit être maintenu. »

14 *octobre.* — A uriné au lit pendant deux nuits ; il ne peut s'expliquer pourquoi. Pas de morsure de la langue... Les enfants qui ont couché dans sa chambre n'ont rien remarqué.

Il se plaint d'avoir mal à la tête. Anesthésie des deux bras, au tact, à la chaleur et à la douleur.

15 *octobre.* — Se plaint de maux de tête et de maux de ventre continus, est pâle, n'a pas d'appétit, tousse un peu, ne dort pas une grande partie de la nuit, assure pourtant qu'il n'a plus de frayeurs nocturnes ces jours-ci.

16 *octobre.* — Quand on le pince un peu fort et longtemps aux bras, la sensibilité à la douleur revient, mais la sensibilité au tact et à la chaleur est encore nulle. La sensibilité sensorielle reste intacte comme toujours.

23 *octobre.* — Depuis quelques temps, pas d'hallucinations de la vue. N'entend plus rien. Léger strabisme interne. Le petit malade

est sorti de Sainte-Anne le 20 novembre avec le certificat suivant :

« Atteint de débilité mentale, n'offre plus d'hallucinations ni de délire et doit être rendu à sa mère qui le réclame. »

Signé : Dr MAGNAN.

OBSERVATION X

(*Communiquée par M. le Dr Briand, médecin en chef à l'asile de Villejuif*).

Dégénérescence mentale.
Obsessions et impulsions au suicide. — Idées de doute

Mme X... est une femme de 55 ans, fille d'une mère névropathe et anxieuse qui n'a jamais déliré. Elle a eu trois enfants. Pendant chacune de ses grossesses son caractère a subi d'assez notables modifications pour attirer l'attention de son mari, sans que cependant il ait, à cette époque, consulté aucun médecin. Après ses couches le caractère s'assombrissait, elle devenait un peu anxieuse et, disait le mari, elle ressemblait à sa mère.

Après plusieurs années de mariage elle traversa une période d'aboulie accompagnée d'un profond découragement et d'obsessions au suicide « c'était, disait-elle, plus fort qu'elle », malgré tous les raisonnements qu'elle pouvait se faire, cette obsession devenait de plus en plus pénible et angoissante et elle se serait, a-t-elle dit plus tard, très certainement suicidée si elle n'eût été retenue par une de ses filles non encore mariée, à l'établissement de laquelle son suicide aurait pu nuire.

Cette période dura à peu près six mois et se dissipa après un court séjour dans une maison de santé libre.

Plusieurs années après, elle eut un nouvel accès de mélancolie consciente et caractérisé surtout par de l'aboulie, des idées de doute et des impulsions au suicide. Le suicide lui apparaissait comme la seule solution à l'impasse inextricable où elle s'était engagée et qui allait la conduire prochainement à ne plus pouvoir voir personne, faute de vêtements.

En effet, son indécision habituelle s'était accrue dans de telles proportions que, depuis quelques années, elle n'avait pu se résoudre à acheter quoi que ce fût. Son trousseau diminuait par usure tous les jours sans qu'elle pût se résoudre à le renouveler. Les piles de linge diminuaient aussi et la malade voyait de plus en plus proche le moment où elle n'aurait plus une seule chemise.

Plusieurs fois cependant sur l'insistance de sa famille, elle s'était rendue dans divers magasins sans pouvoir faire aucune acquisition. Si, par hasard, elle se risquait à acheter un objet, elle le rendait aussitôt pour en faire l'échange avec un autre qu'elle ne se décidait jamais à prendre. Pour ce qui est des acquisitions que sa famille faisait pour elle ou des cadeaux qu'on lui offrait, elle ne voulait pas en entendre parler à cause des humiliations qui résultaient de cette façon de procéder.

L'obsession au suicide, que la malade cherchait toujours à repousser parce qu'elle ajoutait un nouvel élément de tristesse à ses préoccupations, prit néanmoins une telle intensité que, n'y pouvant plus résister, Mme X... se jeta par la fenêtre de son balcon. Fort heureusement, elle n'habitait qu'au premier étage.

Le repos forcé au lit qu'elle garda par la suite facilita sa surveillance et les tentatives ne se renouvelèrent pas.

Il faut ajouter que le mari, malgré les avis qui lui étaient donnés, n'avait jamais consenti au placement de sa femme dans une maison de santé.

Elle se rendait, pensait-il, un compte trop exact de sa situation pour être placée parmi les aliénées. Il croyait aussi que sa religion à laquelle la malade était très attachée l'aurait retenue au moment d'accomplir toute tentative de suicide.

D'ailleurs, après la précipitation par la fenêtre, l'obsession commença à diminuer d'intensité. Cet accès dura environ trois ans.

Le traitement consista en douches tièdes pour amener le sommeil, bromure de potassium et extrait thébaïque. En raison de l'intolérance de la malade la dose de 8 centigrammes ne fut jamais dépassée.

Aujourd'hui, la malade a renoncé à toute idée de suicide; elle reste toujours hésitante en face d'une détermination à prendre

mais a pu, peu à peu, avec l'aide des siens, renouveler son trousseau.

Elle ne comprend pas encore pourquoi elle a voulu se suicider. « Ça n'en valait pas la peine, dit-elle, mais c'était plus fort que moi. »

Parmi les stigmates physiques de dégénérescence que présente la malade, on relève une déformation manifeste de l'oreille; elle est petite, mal ourlée, le lobule n'existe pas. Pas d'autres déformations.

OBSERVATION XI (Personnelle)

(*Recueillie dans le service de M. Briand, médecin en chef à l'asile de Villejuif.*)

Dégénérescence mentale. — Idées mélancoliques. — Impulsions au suicide. — Jalousie morbide. — Obsessions homicides.

Mme C..., âgée de 42 ans, entre pour la première fois à l'asile de Villejuif, le 13 janvier 1897.

Antécédents héréditaires. — Le père de la malade, capitaine au long cours, avait un caractère violent et très vif. Alcoolique, il est mort d'accident en mer.

On ne peut avoir de renseignements sur la famille paternelle que la malade n'a pas connue.

La mère est morte à 39 ans, de phtisie. Elle n'a jamais présenté d'accidents nerveux.

Un oncle maternel, très original, est débauché.

Un cousin germain, du même côté, mort phtisique, a traversé un accès de mélancolie avec idées de suicide.

Une sœur a abandonné son mari, sans raison, avec ses trois enfants, et a disparu depuis.

Pas de liens de consanguinité entre les parents.

Mme C..., est née en 1856, à Rio de Janeiro, pendant un voyage de son père, que sa mère suivait généralement.

Née à terme, elle n'a jamais eu de convulsions. Rougeole à

6 ans. Jusqu'à l'âge de 10 ans, on ne relève rien de particulier dans la vie de la malade.

Cependant elle a déjà un caractère violent et triste. Intelligente, elle va à l'école où elle apprend facilement.

Réglée à 16 ans, elle n'a jamais été bien réglée, et au moment de ses époques elle est plus triste.

Elle n'aime pas s'amuser avec les autres petites filles de son âge, elle aime mieux rester seule, ou se plaît mieux dans la société des garçons. Pas d'onanisme cependant.

Mise en apprentissage pour apprendre la couture, elle a toujours un caractère triste et mélancolique que l'atelier n'égaye pas. Par moments excessivement violente, elle a des crises de colère pendant lesquelles, ne se possédant plus, elle tuerait quelqu'un. Ses moments de plus grande tristesse coïncident toujours avec la période menstruelle. Elle est très émotive et très impressionnable.

Mariée à 22 ans, elle a deux enfants dont l'aînée a eu des convulsions. Elle quitte en se mariant sa profession de couturière pour travailler chez elle, avec son mari qui occupe plusieurs ouvrières. Dès ce moment les idées de jalousie commencent à apparaître et ne font que s'accroître sur le terrain éminemment nerveux que présente la malade. Des discussions fréquentes s'élèvent entre elle et son mari, qui ne donne cependant aucune prise à ses idées de jalousie. Ces discussions se terminent toujours par des accès de violente colère, qui sont suivis d'un état de dépression mélancolique, plus accentué si la malade est dans une période menstruelle.

En 1890, cet état maladif s'accentue, sa jalousie prend une forme vraiment morbide, elle éprouve une répulsion très violente, non pas pour toutes les femmes, mais pour les ouvrières qui travaillent avec elle dans son atelier. C'est alors qu'apparaissent des obsessions et des impulsions au suicide, qui coïncident avec les périodes menstruelles. Dans ces moments, à la moindre contrariété, elle tombe dans une tristesse profonde, son esprit est envahi par l'idée obsédante de mourir : « Qu'ils sont heureux ceux qui sont morts, dit-elle, je voudrais en faire autant. »

Elle résiste cependant à ses obsessions, mais elle est angoissée, anéantie par cette idée qui l'obsède continuellement. Elle a des

insomnies fréquentes, ou si elle dort elle a des cauchemars où elle se représente son propre suicide. Si elle a une discussion avec son mari, et elle en a souvent, toujours pour les mêmes raisons, d'autres idées lui envahissent l'esprit : elle voudrait tuer les ouvrières, cause de son mal et, dans ses moments de colère, elle a peur de se laisser aller à de tels actes qu'elle réprouve, mais ce serait plus fort qu'elle. Dans cet état d'autres phénomènes apparaissent, elle a quelques idées de persécution, croit que ses ouvrières montent la tête à son mari contre elle, idées dont elle reconnaît après toute la fausseté.

Un jour, à la suite d'une discussion, sous l'empire de l'idée obsédante de mourir, elle essaye de se jeter par la fenêtre, mais elle est retenue à temps.

L'état de dépression mélancolique continue ; il présente des exacerbations au moment des périodes menstruelles, et c'est pendant ces moments que ses obsessions au suicide sont les plus fortes ; elle y résiste avec peine. Les obsessions s'accompagnent de phénomènes que la malade décrit très bien : elle éprouve une angoisse indéfinissable et atroce, a la sensation d'un cercle de fer muni de clous lui entrant dans la tête. Elle a des palpitations, des sueurs. Sa tête est en ébullition, très chaude, dit-elle, et c'est à ce moment que l'idée est plus forte. Ces exacerbations durent environ une huitaine de jours, pendant lesquels, à la moindre contrariété, elle présente des paroxysmes, une véritable crise obsédante. Entre ses époques, elle se trouve un peu mieux quoique toujours mélancolique, mais elle est très émotive ; dès qu'on lui adresse la parole elle a un tremblement dans tout le corps, les larmes lui viennent aux yeux. Pleure involontairement, dès que quelqu'un fixe sur elle le regard, « c'est plus fort qu'elle ». Par moment elle fixe les personnes sans les voir, et dès qu'on la regarde un moment elle est prise de tremblement et pleure.

Dans l'année qui a précédé son entrée à l'asile, Mme C..., eut une nouvelle impulsion au suicide : elle avala des pilules d'atropine pour s'empoisonner.

Enfin lasse de cette lutte continuelle, tourmentée aussi bien par sa jalousie morbide dont elle a conscience, que par ses obses-

sions, elle vient elle-même de son propre gré se faire interner à l'asile où elle entre le 13 janvier 1897.

A son entrée elle présente, fait dominant, un état mélancolique avec obsessions au suicide qui apparaissent surtout au moment de ses époques. Jalousie morbide très prononcée et quelques idées de persécution.

Elle dit avoir eu, avant de venir à l'asile, une discussion avec son mari dans laquelle elle se mit dans une violente colère, et cassa de nombreux objets; elle eut même l'idée de le tuer. Ces obsessions homicides sont apparues plusieurs fois chez la malade, à côté de ses obsessions au suicide, elle raconte qu'elle a voulu jeter une fois ses enfants par la fenêtre. Pendant son séjour à l'asile, elle a toujours par intervalles des impulsions au suicide, cependant moins accentuées. Quand elle s'ennuie par trop, elle a envie de se jeter par la fenêtre. Tout le monde l'ennuie. Quand elle voit pleurer, elle pleure, car elle est toujours très impressionnable. Par instant, elle laisse poindre quelques idées de persécution; « si elle est triste », dit-elle, « c'est à cause d'une ouvrière qui ne lui plait pas », elle n'aime ni le genre, ni les conversations des ouvrières parisiennes.

Peu à peu cependant elle s'améliore, ses obsessions sont plus rares; la jalousie morbide disparaît. Elle ne peut s'expliquer sa jalousie, car elle ne sait pourquoi elle prendrait en grippe ses ouvrières. Elle est toujours émotionnable à l'excès; dès qu'elle est émue, le sang lui monte à la tête, elle devient rouge, a des palpitations, des sueurs.

Les stigmates physiques sont peu prononcés chez Mme C. Les dents, les oreilles, le crâne ne présentent rien d'anormal; les pupilles sont très dilatées, et l'on relève un léger défaut de la parole, elle blèse un peu.

En outre, quand elle parle, elle présente du tremblement des lèvres. L'intelligence est très précise et très nette.

Améliorée, elle sort de l'asile le 8 mars 1897. Depuis sa sortie, Mme C. a toujours conservé un léger fonds de mélancolie sur lequel vient se greffer au moment des époques quelques légères obsessions au suicide. Elle s'est débarrassée, dit-elle, du poison qu'elle avait chez elle afin de ne pas être tentée de le prendre. Elle n'éprouve plus les phénomènes d'angoisse qu'elle avait aupara-

vant, sa jalousie a disparu, elle n'a plus chez elle d'ouvrières. Elle est toujours d'une très grande émotivité.

OBSERVATION XII (personnelle)

Recueillie dans le service de M. Briand, médecin en chef à l'asile de Villejuif.

Dégénérescence mentale. — Impulsions au suicide. — Aboulie. — Accidents hystériques.

Mlle A..., âgée de 33 ans, est entrée pour la première fois à l'asile de Villejuif, le 8 décembre 1894.

Antécédents héréditaires. — Le grand-père paternel était alcoolique.

La grand'mère paternelle a toujours été bien portante et n'a présenté aucun trouble nerveux.

Ses oncles paternels se sont expatriés tout jeunes en Amérique, n'ont jamais donné de leurs nouvelles.

Une tante célibataire est très mystique. Enfin, une cousine a un caractère très emporté.

Le père de la malade est alcoolique; mais ne présente aucune bizarrerie de caractère.

On n'a pas de renseignements sur le grand-père maternel qui est mort jeune.

La grand'mère maternelle est morte à 96 ans en pleine démence sénile.

La mère est morte à 48 ans d'une fièvre typhoïde, sans accidents nerveux.

Parmi les sept enfants dont se compose la famille de Mlle A..., on relève :

Un frère très nerveux qui aurait eu à 4 ans des attaques de nerfs, dont le caractère est peu défini; pendant trois ans, il a été malade; mais depuis, rien de nouveau ne s'est présenté dans son état. D'un caractère irritable, il est peu énergique et facilement impressionnable.

Deux sœurs jumelles dont le caractère est faible et très influençable.

La mère aurait eu deux fausses couches avant la naissance de la malade.

Pas de liens de consanguinité entre les parents.

La malade n'a pas eu de convulsions dans l'enfance ; rougeole à 7 ans. Jusqu'à 13 ans, elle aurait présenté des évanouissements assez fréquents; mais sans perte de connaissance. Réglée à 13 ans, elle a été mal réglée pendant les trois premières années; mais depuis, ses fonctions menstruelles se sont bien effectuées.

D'une intelligence assez développée, elle va à l'école de 6 à 11 ans; elle y est bien notée et apprend facilement. Elle marche de bonne heure et sa dentition n'a rien présenté d'anormal ; cependant à 14 ans, sans cause appréciable, elle perdit ses dents et fut obligée de porter un râtelier. Mise en apprentissage à 12 ans, elle travaille dans des ateliers et veille souvent. A cette époque, elle présente des crises à caractère peu défini ; avait une sensation de boule qui l'étouffait, était obligée de s'asseoir; mais elle n'a jamais eu de mouvements convulsifs, ni de perte de connaissance absolue. Son caractère est gai, doux même; elle est très influençable et impressionnable à l'excès. Cet état nerveux se manifestait surtout à l'occasion d'une petite contrariété.

A 18 ans, elle vint à Paris afin de trouver un travail plus rémunérateur. Les crises nerveuses disparaissent alors pendant trois ans,et, jusqu'à 27 ans, on ne relève rien d'anormal dans la vie de la malade. Pas d'onanisme. Cependant, bien qu'elle fût vierge, elle était devenue une cliente assidue des postes restantes et des correspondances de la quatrième page des journaux et employait tout son argent à chercher une âme sœur qui puisse la comprendre.

En 1889, commencent à apparaître les troubles qui, d'une façon intermittente, l'arrêtent dans sa vie.

Sous l'empire de très grands ennuis matériels (perte d'argent) qui coïncidèrent avec la rupture d'un mariage auquel elle tenait beaucoup, la malade change de caractère; un fonds de mélancolie s'installe chez elle, avec une aboulie manifeste. Elle n'a pas le courage de se lever, elle ne se sent bien qu'au lit, « elle a, dit-elle, la monomanie de ne pas se lever. » Et, en effet, anéantie brisée,

elle garde le lit. C'est sur ce terrain que l'obsession au suicide va apparaître. Sous l'influence de cet état mélancolique, l'idée de suicide naît en elle, elle y pense sans cesse, se demande comment elle pourrait se faire mourir; si elle doit se noyer ou s'asphyxier. Elle en parle avec ses sœurs qui habitent avec elle. C'est une simple idée, jusque-là, qui a germé dans un cerveau déprimé, elle n'a aucun caractère obsédant et la malade l'éloigne facilement. Le tableau change bientôt. Ses nuits sont mauvaises, les insomnies sont fréquentes et l'obsession apparaît avec tous ses caractères. D'une façon intermittente, et surtout pendant la nuit, l'idée de suicide s'empare de son esprit; elle ne peut l'éloigner; quelque effort qu'elle fasse, elle devient impérieuse et s'accompagne d'une angoisse manifeste avec oppression et suffocation. Malgré la lutte elle se rend parfaitement compte de tous les phénomènes qui se passent en elle; elle a peur de ne pouvoir résister à cette idée néfaste et cherche un appui auprès de ses sœurs. L'obsession apparaissait sous cette forme dans son esprit : « Si je m'asphyxiais, si je me noyais, si je m'empoisonnais. »

Cette obsession revint ainsi par paroxysme d'une façon intermittente pendant plusieurs mois; l'aboulie, toujours manifeste, tendit cependant peu à peu à disparaître et, au mois de mai 1890, la malade se sentant mieux recommença à travailler; cet état avait duré six mois.

Au mois de décembre 1890, à la suite de pertes d'argent comme la première fois, Mlle A... retombe dans une nouvelle période de mélancolie avec obsessions au suicide. Énervée, agacée au début, « elle n'a plus la même patience, » dit-elle. Des insomnies, des cauchemars apparaissent, pendant lesquels elle a la sensation qu'on l'écrase, elle ne peut plus respirer, pousse parfois un cri qui la réveille en sursaut, ou d'autres fois elle a la sensation de tomber dans un trou; on la jette dans un précipice. Elle présente la même aboulie que la première fois, elle est incapable de travailler et n'a de goût pour rien; puis, les obsessions au suicide font leur apparition avec les mêmes caractères et la même irrésistibilité que dans la première période de maladie. Ces obsessions ont un caractère intermittent bien marqué ; mais le fonds de mélancolie et l'aboulie persistent. Cette seconde période dura jusqu'en mars 1891.

Pendant dix-huit mois, jusqu'à la fin de 1892, M[lle] A... se sent mieux, elle reprend ses occupations et travaille d'une façon continue. Elle conserve toujours une nature très impressionnable et très émotive. A la moindre contrariété, elle a des cauchemars. De temps à autre, elle présente des phénomènes nerveux : insomnies, crises; elle pleure involontairement sans pouvoir se retenir; elle a la sensation d'une boule qui lui monte à la gorge, qui l'étouffe; elle a comme un poids sur la poitrine, crie parfois, puis s'étend sur un lit ou sur une chaise, mais sans présenter aucun mouvement convulsif. Après la crise qui dure environ deux ou trois minutes, quelquefois plus, elle a la sensation d'être engourdie et se lève avec peine. Elle se remet cependant au travail quelques instants après.

Cette période de santé relative n'était qu'une accalmie et ne pouvait durer longtemps chez une personne dont le système nerveux était si sensible.

En effet, à la fin de l'année 1892, ayan changé d'appartement, elle perd à ce propos quelques clients. Ce nouveau souci et cette contrariété suffisent pour la faire retomber dans une période nouvelle de mélancolie avec aboulie et obsessions au suicide très marquées. Ses obsessions sont tellement intenses qu'elle va auprès de M. Voisin, à la Salpêtrière, demander un appui et des conseils, car elle sent sa volonté et sa force de résistance sombrer de plus en plus. Elle suit peu, malgré tout, le traitement qu'on lui ordonne, car l'aboulie dont elle est atteinte l'empêche de se lever du lit pour suivre ses prescriptions. Malade jusqu'au printemps de 1893, elle est légèrement améliorée pendant tout l'été; mais les événements se précipitent et, à la suite de nouveaux ennuis d'argent, elle retombe malade pendant l'hiver 1893-1894.

Les mêmes phénomènes se représentent, mais avec plus d'intensité, les obsessions au suicide sont plus prononcées, l'idée de la mort devient de plus en plus impérieuse, son angoisse est atroce et, malgré la surveillance que ses sœurs exercent sur elle, car elle a demandé leur appui, elle fait une tentative de suicide en cherchant à s'asphyxier avec un petit poêle portatif. Ses sœurs arrivent à temps pour la sauver « elle était déjà tout étourdie », dit-elle.

A la suite de cette tentative, il semble que ses obsessions se soient

atténuées et sous l'influence d'un nouveau traitement elle est légèrement améliorée et passe tout l'été de 1894 à la campagne. Pendant tout ce temps là, les crises de pleurs qui ont réapparu sont plus accentuées, elle pleure pendant trois ou quatre heures sans pouvoir se retenir, et, au mois de novembre 1894, elle retombe encore une fois. Effrayée par l'idée de recommencer sa tentative de suicide, elle se décide enfin à se faire interner et va demander son placement à Sainte-Anne où elle entre le 6 décembre 1894. Elle est transférée le surlendemain à l'asile de Villejuif.

Elle présente les mêmes symptômes qu'aux périodes précédentes, un fonds de mélancolie avec aboulie et obsessions au suicide. Très consciente de son état, elle se rend parfaitement compte de tous les phénomènes qui se passent en elle, et, se sentant en sûreté, sa volonté chancelante étayée par le régime de l'asile, ses obsessions tendent bientôt à disparaître. Sous l'influence des douches, du bromure et d'un traitement moral fortifiant, elle se sent renaître peu à peu et l'amélioration ne tarde pas à arriver. Les phénomènes morbides qu'elle présentait cessent, et elle sort définitivement le 15 mars 1895 complètement améliorée.

Quelques mois après sa sortie de l'asile elle se place comme première dans une grande maison de couture et recommence à travailler comme auparavant. N'étant plus à son compte, les soucis et les contrariétés, qu'elle a éprouvés pendant les années précédentes, ne viennent plus agir sur sa nature impressionnable et affecter ce cerveau dont l'équilibre est si peu stable. Les phénomènes nerveux qu'elle présentait entre ses périodes de mélancolie ont complètement disparu ; elle mène une vie très active et régulière et ne présente rien d'anormal pendant plusieurs années. Au mois de février dernier, à la suite d'une discussion, elle quitta la maison où elle travaillait depuis longtemps. Cet événement l'impressionne désagréablement et, sous l'influence de cette très vive contrariété, elle commence à ressentir quelques malaises, signes précurseurs de nouveaux phénomènes morbides; ce sont des céphalées violentes avec quelques angoisses; les insomnies sont fréquentes et elle s'alimente mal. Placée dans une autre maison, elle continue cependant à travailler pendant quelques temps. Au mois d'avril ses malaises s'accentuent, elle n'a plus la

force de se mettre au travail, ses insomnies sont plus fréquentes. Voyant qu'elle ne peut plus travailler, bien qu'elle en ait la plus grande envie, elle rentre à Paris chez sa sœur pour se soigner. Elle est très angoissée par moment, sent un poids sur la poitrine qui l'empêche de respirer. La céphalée est toujours très intense; « elle ne pouvait tenir sa tête, » dit-elle. Des phénomènes hystériformes apparaissent. Quelques jours avant son entrée elle a une crise avec conscience de son état et sans perte de connaissance. Cette crise débuta par une sensation de boule au gosier qui l'étouffait et l'oppressait; elle eut quelques mouvements convulsifs suivis d'incohérence dans les idées. Cet état dura de 8 heures du matin à 4 heures de l'après-midi et fut suivi d'une sensation de lourdeur dans la tête et d'une lassitude générale.

Voulant se faire soigner et craignant toujours de voir réapparaître les obsessions au suicide qui l'effrayent, elle vient demander quelques conseils à M. le Dr Briand et sollicite timidement sa réintégration dans le service.

A son entrée (23 mai 1899), elle se présente avec une légère attitude mélancolique, mais avec une conscience parfaite de son état. Elle dit qu'elle n'a aucun courage, qu'elle est complètement anéantie. Elle ne peut se retenir de pleurer et fond en larmes sans motif. Se plaint d'une lourdeur de tête accompagnée d'une douleur à la partie postérieure « qui entraîne sa tête en arrière » dit-elle. Sa tête est prise comme dans un étau, elle n'a d'idées pour rien. Elle a par moment des angoisses, une sensation de boule qui l'étouffe, un poids sur la poitrine qui l'oppresse. Ses bras et ses jambes sont sans force, elle éprouve la sensation d'avoir été battue. « Je suis anéantie tout à fait », nous dit-elle.

Les nuits sont mauvaises, les insomnies fréquentes; elle n'a pas d'appétit. Complètement découragée, elle ne peut travailler et se sent incapable de faire quoi que ce soit. L'aboulie est manifeste; elle déplore son état et lutte contre son anéantissement qu'elle ne peut surmonter. Depuis qu'elle est entrée elle n'a présenté aucun phénomène nerveux et si nous l'interrogeons sur ses obsessions au suicide, elle nous répond que depuis sa première entrée à l'asile en 1894, elle n'a jamais plus été tourmentée par ses idées néfastes, même depuis qu'elle est malade. Pas d'excès alcooliques.

Le crâne ne présente aucune déformation caractéristique. Les

oreilles sont mal ourlées, le lobule est très petit et un peu adhérent. Elle a perdu toutes ses dents et porte depuis longtemps à la mâchoire supérieure et inférieure des appareils dentaires. La figure est un peu couperosée ; pas de déformations ni aux mains ni aux pieds. Elle présente quelques troubles de la sensibilité cutanée. Des picotements et des démangeaisons pendant la nuit, des fourmillements. Pas de crampes ni de douleurs. Pas d'anesthésie. Elle a parfois une sensation de chaleur qui lui monte à la tête, des sueurs froides dans ses moments d'angoisse. La force musculaire est diminuée : à la main droite 30 au dynamomètre, à la main gauche 30,5.

Ses pupilles et ses réflexes pupillaires sont normaux. Parfois des éblouissements. Pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas de zones hystérogènes.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

(*Recueillie dans le service de M. Briand, médecin en chef à l'asile de Villejuif.*)

Dégénérescence mentale. — Obsessions et impulsions au suicide. — Troubles de la sensibilité générale. — Obsessions homicides.

Mme R., âgée de 55 ans, est entrée pour la première fois à l'asile de Villejuif, le 14 juin 1899.

Antécédents héréditaires. — Pas de renseignements sur le grand-père et la grand'mère paternels.

Le père, cultivateur, très nerveux, est mort à 70 ans. Il avait un caractère emporté, irritable, et faisait quelques excès de boissons. Dans un moment de colère, sa femme lui refusant de l'argent, il aurait voulu se jeter dans un puits. Menait une vie un peu désordonnée et dépensait beaucoup.

Une tante maternelle est morte d'ascite.

Pas de renseignements sur la famille maternelle. La mère est

morte à 60 ans de broncho-pneumonie; ne présentait aucune tare nerveuse; pas d'alcoolisme. Elle ne pouvait supporter que l'on touche à l'argent gagné et était plutôt avare. Déjà âgée elle s'est remariée avec le père de la malade qui lui-même avait eu une première femme. La malade est née de ce second lit, la mère avait 47 ans et le père plus de 50 ans.

Pas de liens de consanguinité entre les parents. De ce second lit, il y eut un autre enfant mort en bas âge de convulsions. Pas de fausses couches.

De son premier lit, le père aurait eu six enfants; aucun n'aurait présenté de troubles nerveux. Trois sont morts de tuberculose pulmonaire.

De son premier lit, la mère aurait eu deux enfants; tous les deux sont morts, l'un en bas âge, l'autre des suites d'une fièvre typhoïde.

Mme R... est née le 29 mars 1844. On ne relève pas dans ses antécédents personnels de convulsions dans l'enfance; elle a eu la rougeole à 7 ans. Elle a marché de bonne heure et sa dentition a été normale. Elle n'a pas eu d'instruction, ses parents ne l'ayant pas envoyée à l'école. Vivant avec sa famille, elle va aux champs et s'occupe du ménage. A cette époque, elle a un caractère très émotif et très impressionnable; peureuse, elle ne peut rester seule la nuit, a peur du tonnerre, de la mort, ne peut supporter la vue de personnes mourantes, elle pleure facilement. Elle ne présente pas de mauvais instincts, pas d'onanisme.

Coup sur coup, elle perd sa mère, puis son père; ces deux morts rapprochées l'ont peu épouvantée, et ne restent pas dans son souvenir comme une chose qui l'ait beaucoup impressionnée. Elle se place après la mort de ses parents chez des personnes très pieuses, mais qui l'ont peu influencée à ce sujet. Réglée à 17 ans, elle a de la dysménorrhée pendant deux ans; mais elle est bien réglée depuis. A cette époque elle tomba dans une petite rivière par accident; ce fait la préoccupa beaucoup et elle attribua à cet accident tous les malaises dont elle a souffert ensuite. Depuis ce moment-là, en effet, son caractère est plus impressionnable; dès qu'elle entend parler d'une maladie, il lui semble qu'elle va l'avoir. La mort l'effraye toujours beaucoup et malgré cette crainte l'idée de se faire mourir lui passe déjà par la tête.

Pendant quinze ans de sa vie elle reste en place; elle n'a jamais eu d'amants et n'a jamais fait aucun excès de boissons; son caractère est toujours aussi irritable avec les mêmes phobies qui reviennent plus accentuées par intervalles. Très économe elle a toujours peur de manquer d'argent et de se trouver dans la misère. Elle ne veut pas se marier de peur d'avoir des enfants et de mourir. Cette crainte de la mort est une véritable phobie chez la malade, ce qui plus tard contraste étrangement avec les obsessions au suicide. Malgré la répulsion qu'elle a pour le mariage, elle se marie cependant à 36 ans et vient peu après à Paris, non sans difficulté, car elle avait peur de ne pas avoir assez d'argent pour y vivre. Employée comme femme de ménage, elle aurait voulu amasser le plus d'argent possible sans jamais le dépenser. Avec ces bizarreries de caractère, elle vit d'une façon assez normale, mais sans être très heureuse, car son mari dépense beaucoup, ce qui la fait souffrir au plus haut point.

Brusquement et sans cause apparente, au mois d'août 1889, son caractère change, elle devient nerveuse, ne peut plus travailler, des insomnies fréquentes apparaissent. Des idées obsédantes envahissent son esprit et en peu de temps augmentent d'intensité. Elles se présentent alors sous forme de paroxysmes, accompagnés d'angoisses et de troubles de la sensibilité générale. Elles sont impérieuses et la malade, qui a pleinement conscience de son état, ne peut rester seule chez elle comme elle le faisait auparavant. Lorsqu'elle est seule, l'obsession devient plus forte. « Tu es seule, dit-elle, tu vas tuer ton mari, tu vas mourir, tu vas te suicider. » Dans cet état elle a peur de se laisser aller aux idées qui l'obsèdent. Elle est obligée de faire venir quelqu'un auprès d'elle, car elle sent que l'idée serait plus forte que sa volonté. Son anéantissement est complet, son angoisse extrême, s'accompagnant d'une sensation de boule qui l'étouffe. Elle ne peut dormir, mange mal, car elle craint que cela lui donne ce qu'elle appelle une crise, c'est-à-dire que cela n'augmente la force de ses obsessions. Les soucis d'argent qui occupaient toute sa vie ont disparu, elle n'y pense plus, tout absorbée qu'elle est par la maladie et par la crainte de succomber aux idées qui l'obsèdent. Elle ne peut travailler, ne peut pas rester chez elle, il faut qu'elle sorte et une fois dans la rue son cerveau ne cesse de lui répéter : « Tu

vas devenir folle, tu vas perdre la tête, tu vas mourir».

Traitée à la consultation de la Salpêtrière, elle est améliorée au bout d'un mois et peut bientôt reprendre son travail. Ses phobies et ses obsessions disparaissent et aussitôt revient son souci de gagner et d'accumuler le plus d'argent possible; elle reste comme auparavant nerveuse et impressionnable.

Jusqu'en 1895, Mme R... ne présente aucun trouble, mais sous l'influence de la ménopause une nouvelle crise semblable à la première apparaît. Elle a les mêmes caractères : c'est un fonds mélancolique, avec obsessions au suicide très intenses, des phobies, la crainte de mourir, la crainte de devenir folle. Les obsessions homicides n'ont pas reparu.

Traitée de nouveau, elle n'est améliorée qu'au bout d'une dizaine de mois; jusqu'au mois de janvier dernier, on ne relève aucun phénomène morbide chez la malade. Son caractère est toujours bizarre, impressionnable à l'excès, elle a toujours peur de retomber malade. Vers le 15 janvier, sans cause apparente, elle entre dans une nouvelle période de maladie qui l'a amenée à l'asile.

Cette crise débute par des démangeaisons dont se plaint la malade, et dues à une éruption acnéiforme. Elle sent des bouffées de chaleur qui lui montent à la tête et qui redescendent ensuite dans les membres inférieurs. On lui dit que c'est dans le sang et qu'elle ne pourra guérir, ce qui l'impressionne outre mesure; elle a peur de retomber malade. Etant allée à Saint-Louis, on lui ordonne des bains sulfureux et comme ces bains lui amènent des picotements sur la peau qui l'énervent, elle cesse de se soigner. Ses boutons l'impatientent, elle devient de plus en plus nerveuse. Les phobies commencent à apparaître; « elle a peur de devenir folle, elle a peur de tomber malade, elle a peur de mourir ».

L'obsession au suicide fait son entrée ensuite, elle ne veut plus rester seule, car sous l'empire de son idée obsédante, elle craint de ne pouvoir résister. « C'est un tourment nerveux constant », dit-elle.

Par moment elle est obsédée par l'idée de tuer son mari avec un couteau, aussi veut-elle que quelqu'un reste auprès d'elle pour la retenir de peur qu'elle ne succombe et qu'elle ne mette à exécution cette idée atroce. Elle cache les couteaux afin de ne pas

commettre de crime, car souvent leur seule vue fait renaître chez elle l'obsession.

Celles-ci sont fréquentes. Pensant que la disparition de ses boutons amènerait une accalmie dans son état, elle entre à Saint-Louis pendant quinze jours. Mais à bout de force, elle ne peut y rester car ses idées obsédantes l'envahissent de plus en plus. « Il faut te suicider, il faut que tu meures, il faut que tu étouffes, il faut que tu tombes, là, morte, il faut que ton cerveau tombe paralysé. » Voilà ce qui emplit son esprit. Elle est obsédée aussi par l'envie de dire des mots grossiers, des insultes.

Des troubles nerveux viennent se surajouter à tous ces phénomènes, elle ne peut manger sans avoir la sensation qu'elle va étouffer, elle a des gaz qui la fatiguent. Aussi s'alimente-t-elle mal. Très consciente de son état, elle ne veut plus rester seule chez elle et va passer quelques jours auprès d'une de ses amies, car elle craint trop de se laisser aller à ses idées obsédantes. Les moments de paroxysme sont accompagnés d'une angoisse très grande, de surexcitation et d'étouffements, elle est couverte de sueur, mais conserve malgré tout une conscience très exacte de tous les phénomènes qui se passent en elle et les raconte avec force détails.

Ne pouvant plus y tenir, complètement anéantie, et sentant combien sa volonté est sans force devant les idées qui l'obsèdent, elle se décide à entrer à la Salpêtrière, dans le service de M. Déjerine, qui la fait tranférer de suite à Sainte-Anne, le 10 juin dernier. Elle arrive le 14 juin à l'asile de Villejuif.

A son entrée la malade est très angoissée et présente un état complexe dans lequel on relève des obsessions au suicide et à l'homicide très caractérisées, des phobies, « la peur de mourir, la peur de devenir folle, hystérique, épileptique », quelques idées hypocondriaques, enfin des phénomènes nerveux qui accompagnent les paroxysmes obsédants.

Mais au milieu de ce complexus symptomatique, la conscience reste intacte, la malade se rend compte de tous ces phénomènes et les déplore, elle nous les explique avec complaisance et demande avec angoisse qu'on la soulage et qu'on la guérisse.

D'une façon intermittente, l'obsession au suicide l'envahit :

« Tu vas mourir, tu vas te suicider. » Son esprit est rempli par cette idée, elle ne peut s'en débarrasser quelque effort qu'elle fasse, elle en a peur. A d'autres moments, c'est la crainte de devenir folle qui l'obsède : « Tu vas devenir folle, tu vas prendre des crises comme les hystériques, les épileptiques. »

Au moment du paroxysme de l'idée obsédante, elle sent le sang qui lui monte à la tête, elle a du tremblement dans tous les membres, des sueurs lui couvrent tout le corps, un poids lui comprime la poitrine, elle a des palpitations, elle étouffe, elle a des éructations fréquentes, enfin elle est complètement anéantie, subjuguée qu'elle est, par l'idée contre laquelle elle lutte de toutes ses forces. « Il faut que tu meures, il faut que tu meures, lui dit son imagination », et elle ajoute : « Ce n'est pas dans mes oreilles que j'entends cela, c'est mon cerveau qui me le dit. »

Parfois elle est obsédée par l'idée de paralysie, alors elle a des crampes dans les membres, il lui semble que son estomac et son ventre lui remontent à la gorge.

Quand elle a mangé, l'idée d'étouffer l'obsède : « Tu vas étouffer, » se dit-elle, alors l'angoisse apparaît avec des soubresauts dans les membres et les différents troubles que nous avons cités auxquels peuvent s'ajouter des démangeaisons, des picotements, des douleurs dans les bras et les jambes, des crampes dans les membres, des éblouissements; elle a la sensation de brouillards devant les yeux.

Les insomnies sont fréquentes; excessivement émotive, on ne peut la toucher sans qu'elle présente du tremblement émotif et des éructations.

Elle ne présente ni hallucinations de la vue ni de l'ouïe. Dans l'intervalle et pendant les crises obsédantes, elle se plaint continuellement d'une céphalée violente qui lui enserre la tête comme dans un étau.

Le crâne est petit, le menton proéminent, les pommettes saillantes. Les oreilles sont mal ourlées, le lobule est adhérent. Les dents sont mal implantées, les canines et les incisives de la mâchoire supérieure sont proéminentes; la voûte palatine est ogivale. Les pupilles sont légèrement dilatées, les réflexes pupillaires sont normaux. Pas de déformation des doigts ni des pieds. Elle a des zones hystérogènes, mais qui sont peu prononcées, les

points sus et sous mammaires droits sont douloureux, ainsi que la zone ovarienne gauche. Elle n'a jamais eu de mouvements convulsifs, et la pression de ces différents points ne produit chez la malade qu'une certaine émotivité. Elle ne présente aucune zone d'anesthésie, mais elle a une hyperesthésie généralisée. Son champ visuel est normal à droite comme à gauche.

Les deux syndromes, obsession et impulsion à l'homicide et au suicide que nous venons de décrire peuvent se voir juxtaposés chez le même individu à d'autres phénomènes psychiques. Suivant l'hérédité que l'on trouve chez les ascendants, on peut avoir chez les descendants des états morbides complexes. Ainsi, par exemple, la manie, la mélancolie ou le délire chronique du père, l'épilepsie de la mère, et *vice versa* peuvent exercer, dit Magnan (1), leur action directe sur le fils et déterminer chez lui simultanément deux névroses similaires vivant côte à côte, mais sans perdre aucun de leurs attributs. Une hérédité double donnera ainsi lieu à un être pathologique double, à un sujet à la fois épileptique et vésanique.

Cet individu épileptique et vésanique peut acquérir, de son propre fait, un troisième état pathologique, un délire alcoolique.

Nous pouvons donc avoir, dans les cas qui nous occupent, un individu qui nous présentera, à côté d'un état syndromique, comme une obsession ou une impulsion à l'homicide ou au suicide, un délire épileptique et un délire alcoolique.

Nous reproduisons une observation de M. Magnan où ces ois états sont représentés.

1. MAGNAN. — *De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.* (Arch. Neurol., 1880.)

OBSERVATION XIV

M. Magnan (1).

Impulsion homicide, consciente. — Folie épileptique. Alcoolisme aigu.

B... Charles, âgé de 50 ans, peintre en voitures, entre à l'asile Sainte-Anne, le 1er avril 1880, avec du délire mélancolique et des accidents alcooliques, après avoir éprouvé, il y a quelques jours, un accès de folie épileptique.

Sa mère, profondément névropathe, a des migraines; habituellement triste et portée au suicide, elle a même fait une tentative d'empoisonnement. Plus tard, au neuvième mois de l'allaitement de son cinquième enfant, elle est arrêtée par les douaniers, franchissant la frontière avec du tabac; vivement émue, elle est prise d'un accès de délire aigu et meurt quelques jours après. Son père, adonné à l'ivrognerie, est devenu mélancolique peu de mois après la mort de sa femme. Un de ses frères est épileptique, un autre frère alcoolisé a eu plusieurs fois des vertiges; il s'est déshabillé un jour dans l'escalier, absolument inconscient de cet acte extravagant. Quant à lui, depuis l'âge de 3 ans, il a, à de longs intervalles, des attaques convulsives avec perte de connaissance et chute à terre; plus souvent, ce sont des vertiges qui se produisent, s'accompagnant parfois d'accès très courts de délire avec actes dont il ne conserve aucun souvenir. C'est ainsi qu'il brûle un jour du linge au milieu de la chambre; qu'une autre fois, il saisit sa fille à la gorge, très surpris bientôt après en apprenant ce qui s'est passé.

En 1862, il a eu un accès de mélancolie qui dura plusieurs mois; il pleurait, se lamentait, se croyait perdu, voulait se tuer; tous ces accidents s'amendèrent et disparurent après un érésipèle.

1. MAGNAN. — *De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.* (Arch. Neurol., 1880.)

Au commencement de 1879, B... devient inquiet, préoccupé, ne peut tenir en place ; il éprouve des lourdeurs de tête, un sentiment de constriction à l'estomac.

Par moments, il se figure qu'il va commettre un crime, qu'il finira sur l'échafaud, il se sent poussé à tuer sa femme et ses enfants; c'est une idée qui l'entraîne, dit-il, qui l'obsède, et dont il ne peut se débarrasser. Parfois, en voyant l'un des siens, il saisit malgré lui un couteau, il hésite et le rejette avec horreur. Quelquefois aussi, il se sent poussé à frapper un de ses camarades, et, à plusieurs reprises, il parvient à suspendre un coup violent qu'il est prêt à porter, mais ne peut s'empêcher de laisser retomber la main et de toucher, par un petit choc, l'épaule de la personne la plus rapprochée. Parfois, ces obsessions acquièrent une intensité qui le désole, le jettent dans un état d'angoisse extrême, appréhendant un moment de faiblesse, sentant des frémissements par tout le corps, et n'échappant qu'avec la plus grand'peine à ces impulsions.

Depuis quelques années, se soumettant à une mauvaise hygiène ; il prend du rhum tous les matins, et, sous l'influence de ce régime, il devient plus agité, son sommeil se trouble, des cauchemars et des hallucinations l'effrayent la nuit ; puis, enfin, éclate pendant quelques jours un accès d'alcoolisme aigu qui vient s'ajouter et cacher même passagèrement le délire mélancolique habituel. Il voit alors des hommes sur les murs, ils s'avancent pour le voler et le tuer ; des serpents l'enlacent et l'étouffent : « Tiens, tiens, dit-il, les voilà, ils se tortillent » ; il aperçoit des gendarmes, des croque-morts, des figures blafardes ; des rats s'échappent de son assiette et sautent sur la table ; des fourmis le dévorent; il sent des griffes de lion sur la tête ; on veut l'empoisonner, il entend des injures et des menaces.

Il éprouve des picotements et des brûlures sur la peau, des crampes dans les bras et les jambes. Ces hallucinations et ce nouveau délire ne tardent pas à disparaître, les idées mélancoliques premières et les impulsions sont toujours là sans avoir rien perdu de leurs caractères pénibles et désagréables.

Cette observation nous montre donc bien que, malgré la présence des deux autres états, le syndrome, impulsion homicide est resté identique à lui-même, sans éprouver aucun changement.

Ces états sont une véritable forme clinique des états syndromiques que nous étudions, forme complexe qui devait être signalée.

CHAPITRE V

Marche. — Pronostic. — Thérapeutique.

A. — Marche.

L'évolution des syndromes, obsession et impulsion à l'homicide et au suicide n'a rien de typique, comme tout ce qui touche le dégénéré qui est un être essentiellement livré à la fantaisie.

Leur marche est essentiellement rémittente, périodique et intermittente. Parfois, le syndrome fait une courte apparition, puis disparaît pour ne plus revenir.

D'autre fois, sa marche est lente, il reste stationnaire pendant des mois, des années ; de temps en temps un paroxysme apparaît et le syndrome reprend son cours.

Dans d'autres cas, le syndrome, après une apparition de plusieurs mois et sous l'influence d'un traitement, disparaît, mais pour reparaître un plus plus tard ; la moindre cause le fera renaître, comme l'obsession au suicide que nous avons observée dans l'observation XII qui n'apparaissait que sous l'influence de soucis d'argent.

Ces syndromes sont des épisodes de la vie du dégénéré, comme l'a si bien dit Magnan, en les appelant syndromes

épisodiques de la dégénérescence mentale. Dans leur état de syndrome parfait, ils procèdent essentiellement par paroxysmes. Le dégénéré, durant toute sa vie, présentera des rechutes, rechutes qui peuvent être très rapprochées et faire partie de la même crise d'obsession; ou, au contraire, très éloignées, avec un intervalle de calme parfait.

Ces rechutes présentent toujours les mêmes caractères, elles ne se différencient que par le degré d'intensité de l'obsession morbide; ce degré d'intensité du syndrome tient à la nature même du terrain qui aura pu être amendé par une hygiène appropriée.

Quant à la durée du syndrome, elle est essentiellement variable suivant les individus; que nous ayons à faire à une obsession à l'homicide, au suicide ou à d'autres obsessions, ce contenu n'influencera en rien sur la durée. On voit des individus avoir des obsessions homicides pendant des années de leur vie comme Glénadel, par exemple, tandis que d'autres ne les présenteront que pendant huit jours. Le syndrome, en effet, n'est rien par lui-même, on doit compter avant tout avec le substratum mental.

B. — Terminaisons.

La terminaison de la crise obsédante est généralement la guérison. Mais le syndrome lui-même est difficilement modifiable de par sa nature même. Ce qu'on peut observer assez souvent, c'est la diminution progressive du nombre des paroxysmes, qui sont séparés petit à petit par des rémissions plus longues jusqu'à complète guérison. Ce fait, dit Ma-

gnan (1), nous permet d'assister à la décharge progressive des centres maladivement excités.

Parfois le syndrome, obsession et impulsion morbides, complètement incorporé à l'état mental des sujets, les accompagne jusqu'à leur mort. Apparaissant de temps à autre dans l'existence du malade, ils ne présentent, à quelque époque que ce soit, aucune modification, ils restent toujours semblables à eux-mêmes. Leur évolution est nulle, ils ne se transforment jamais ; c'est là un caractère essentiel des syndromes épisodiques de la dégénérescence.

Ces états morbides ne sont jamais l'origine d'un délire proprement dit ; comme nous l'avons vu, ils peuvent coexister avec d'autres manifestations psychiques, mais ils gardent toujours leur autonomie et leur indépendance. Manie, mélancolie, délire chronique, épilepsie, délire alcoolique peuvent marcher côte à côte avec eux, sans jamais les faire dévier un seul instant de leur route.

Enfin, le syndrome ne se termine jamais par la démence. C'est une des meilleures preuves, dit Magnan, que le syndrome n'est qu'une des manières d'être du déséquilibré ; il fait partie intrégrante de sa vie cérébrale ; il est une des manifestations de sa vie psychique normale. La démence, en un mot, ne constitue pas la période ultime de l'histoire de ces syndromes.

Nous devons mentionner enfin un dernier mode de terminaison du syndromique homicide ou suicide. Les malades, obsédés par l'idée de suicide, passent souvent à l'acte et l'on relève parmi eux de nombreux suicides, phase ultime où les

1. MAGNAN et LEGRAIN. — *Les dégénérés.*

mène leur dégénérescence mentale. Ils meurent victimes de leur hérédité.

Ou bien encore, torturés qu'ils sont par des obsessions homicides, effrayés par l'acte atroce qu'ils peuvent commettre, ils se donnent la mort volontairement pour échapper à tout jamais aux luttes angoissantes auxquelles ils sentent qu'ils vont succomber.

C. — Pronostic.

Suivant la conception que nous avons adoptée de l'obsession et de l'impulsion à l'homicide et au suicide, nous voyons que le pronostic ne dépendra que du degré de dégénérescence que présenteront les malades. Quant à la nature de l'obsession ou de l'impulsion, elle est moins importante.

Cependant les syndromes qui nous occupent semblent être d'un pronostic plus sérieux.

Donc, connaître avant tout le terrain sur lequel vont évoluer ces états syndromiques ; savoir évaluer le degré de dégénérescence d'un obsédé ou d'un impulsif, voilà les éléments du problème qui donneront la clef du pronostic. Cette question est d'une importance considérable et présente un grand intérêt. N'est-il pas, en effet, de toute nécessité de pouvoir porter un pronostic de suite sur les obsédés homicides et suicides. Malades nuisibles à la société et à eux-mêmes, ils doivent être surveillés de près. L'internement sera pour eux et pour tous un moyen de sécurité permettant en même temps de les traiter. Mais jusqu'à quand un obsédé homicide ou suicide doit-il rester interné. Doit-il l'être toute sa vie ? Ou doit-on se fier à ses moments d'accalmie, pour le remettre dans

la société, livré à lui-même, mais aussi à ses impulsions? On devra s'ingénier à porter sur son état, plus que sur tout autre, un pronostic sûr à cause des graves conséquences que peut entraîner une simple erreur.

D. — Thérapeutique.

Le traitement des syndromes, obsession à l'homicide et au suicide, doit s'adresser non seulement aux paroxysmes obsédants, mais aussi dans les intervalles de calme au fonds de dégénérescence que présente l'individu.

a) Traitement des paroxysmes obsédants.

Devant un malade atteint d'obsession ou d'impulsion à l'homicide et au suicide, on devra tout d'abord le faire entourer, afin qu'il ne soit nuisible ni à lui-même, ni à ses semblables.

Son séjour dans sa famille doit être proscrit, ce n'est pas là qu'il pourra trouver les soins qui doivent assurer son rétablissement.

Une fois interné, on devra appliquer au malade le traitement par le lit. Ce traitement a pour effet, en premier lieu, de faciliter la surveillance de ces aliénés qui, bien que conscients, sont dangereux, en second lieu de calmer l'angoisse qui accompagne la crise obsédante.

S'adressant alors à l'obsession elle-même, on aura recours avant tout au traitement moral qui peut si bien agir chez ce genre de malades facilement influençables. La psychothérapie soit à l'état de veille, soit hypnotique sera employée avec succès. L'opium, le bromure, le chloral feront cesser

les insomnies si fréquentes chez ces malades. On aura recours enfin à l'hydrothérapie et l'on augmentera leur nutrition.

b) Dans les intervalles de calme.

On conseillera au malade de supprimer toutes causes qui pourraient mettre en état d'éréthisme les centres d'un cerveau déséquilibré, l'alcool en premier lieu, le tabac, etc...

Le surmenage sous toutes ses formes, physique, intellectuel, excès sexuels, devra être proscrit. Il devra s'efforcer de fuir toutes les émotions morales vives ou les soucis, enfin toutes les causes qui peuvent amener un état de dépression quelconque, facilitant l'apparition de l'obsession et de l'impulsion morbides.

On devra enfin lui instituer une hygiène générale sévère.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Le diagnostic de l'obsession et de l'impulsion à l'homicide et au suicide est d'une importance considérable au point de vue médico-légal et social.

Médico-légal, car ainsi que le dit Magnan « s'il est, en général, assez facile pour le médecin-légiste de démontrer le caractère maladif du crime commis par des aliénés délirants, la tâche est fort ardue parfois, lorsqu'il s'agit de sujets lucides, qui, avec les apparences de la raison, sont poussés par une obsession morbide ».

Ce n'est, en effet, que sur un diagnostic approfondi de ces malades conscients, que le médecin-légiste peut se baser pour montrer que chez eux l'impulsion homicide n'est que le syndrome d'un état morbide qui est la maladie essentielle, c'est-à-dire la dégénérescence mentale.

Important au point de vue social, car de l'étude de ces deux syndromes, impulsion homicide, impulsion suicide, doivent naître des mesures assurant la protection de ces deux genres de malades dont la seule faute est d'être des dégénérés.

Reconnaître les syndromes morbides, savoir le terrain sur lequel ils apparaissent, et enfin les différencier des autres

états psychiques où l'on rencontre l'homicide et le suicide, voilà les trois points que l'on doit rechercher dans le diagnostic.

1° DIAGNOSTIC POSITIF.

L'obsession et l'impulsion morbides présentent des caractères cliniques bien tranchés : ce sont l'irrésistibilité, la lucidité de la conscience, la lutte angoissante, enfin le soulagement consécutif à l'accomplissement du phénomène.

L'état lucide permet de différencier l'obsession et l'impulsion des idées obsédantes et des actes impulsifs.

L'angoisse est en raison directe de la lutte entreprise. La lutte acquiert toute son intensité dans les états qui nous occupent, dont l'essence même en fait un sujet d'horreur ou de répulsion.

Les syndromes apparaissent par paroxysmes avec les caractères que nous avons rappelés, et s'accompagnent de signes physiques : des palpitations, de la cardialgie, de l'accélération du pouls, de l'anxiété précordiale, de la céphalée, des rougeurs et des pâleurs du visage, du tremblement, des sueurs, etc.

Ce sont des syndromes épisodiques de la dégénérescence mentale, dit Magnan, et l'obsession morbide se définit :

« Un mode d'activité cérébrale dans lequel un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit en dehors de la volonté avec une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible à l'état pathologique. »

L'impulsion morbide.

« Un mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est parfois impuissante à empêcher. »

L'impulsion à l'homicide se présentera en clinique sous deux formes : ou bien brusquement ce qui est rare et dans ce cas, comme nous l'avons dit, elle se rapproche de l'épilepsie.

Ou bien elle s'établit sous forme d'idée obsédante et n'arrive que lentement à l'impulsion.

L'impulsion au suicide présentera aussi les mêmes formes cliniquement.

En résumé, dans le diagnostic positif de l'obsession et de l'impulsion morbides à l'homicide et au suicide, se baser surtout sur les caractères de l'obsession, et par-dessus tout son irrésistibilité et l'état de pleine conscience qui l'accompagne, facteurs essentiels du syndrome.

2° DIAGNOSTIC DE LA NATURE.

L'obsession et l'impulsion à l'homicide et au suicide sont des syndromes épisodiques de la dégénérescence mentale. Elles ne se rencontrent que chez le dégénéré.

Il est donc de toute importance de faire le diagnostic du dégénéré.

Cliniquement le dégénéré présente trois caractères essentiels : des antécédents héréditaires, des stigmates physiques, des stigmates psychiques. Dallemagne ajoute des stigmates sociologiques.

La formule du dégénéré, au point de vue physique comme au point de vue mental, est la même : « c'est un désiquilibré, un irrégulier, un asymétrique ».

Ce n'est pas un examen superficiel qui, la plupart du temps, permettra de reconnaître la dégénérescence, ce ne sera qu'une

étude approfondie des ascendants et de la vie elle-même du malade qui permettra de se faire une opinion sur le désiquilibre de ces individus. Il faudra donc rechercher avec le plus grand soin les tares héréditaires, et cette recherche est souvent hérissée de difficultés innombrables qu'il faudra s'efforcer de vaincre. Il faudra savoir dépister les nombreuses anomalies que l'on retrouve généralement chez les ascendants du dégénéré; anomalies auxquelles, souvent, on n'attache pas assez d'importance et qui passent inaperçues.

Passant alors à l'examen du dégénéré lui-même, on devra se rendre compte de toutes les anomalies physiques dont il peut être porteur. Tous les appareils, toutes les fonctions, tous les organes devront être examinés et analysés avec le plus grand soin, car les stigmates physiques sont nombreux et d'importance différente depuis la plus légère anomalie jusqu'à la difformité la plus accusée.

Enfin, on s'efforcera de connaître la vie elle-même du malade, ses réactions contre les milieux ambiants et les causes accessoires de sa déséquilibration. A chaque période de sa vie, on retrouvera chez le dégénéré des stigmates certains de l'état de déséquilibre où se trouve son système nerveux, qui, sous une cause occasionnelle quelconque, pourra nous présenter un des nombreux états syndromiques, marques indélébiles de la dégénérescence.

Le diagnostic de l'obsession ou de l'impulsion, le diagnostic de la dégénérescence une fois institué, nous devons différencier le syndrome épisodique du dégénéré d'avec les troubles psychiques qui peuvent présenter, comme manifestations, l'homicide ou le suicide.

3° DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

1) De l'obsession et de l'impulsion a l'homicide. — En général nous pouvons dire que, lorsque l'aliéné tue, il est sous l'empire d'une conception délirante, il obéit à une illusion, à une hallucination ou il est entraîné par une impulsion.

Cette impulsion a un caractère : l'inconscience, qui la sépare nettement de celle que nous appelons obsession impulsive et qui ne se trouve que chez le dégénéré.

Nous devons donc différencier l'obsession impulsive à l'homicide d'une impulsion inconsciente ou d'un acte impulsif, résultat d'une conception délirante, d'une hallucination, etc.

L'impulsion homicide inconsciente se rencontre :

a) Chez l'épileptique. — Le malade présente une inconscience absolue dans la plupart des cas, il tue d'une façon automatique, très surpris après l'accès des actes souvent atroces dont il vient d'être l'auteur ; car un deuxième caractère de l'impulsion épileptique est la perte du souvenir.

Un troisième caractère est la brusquerie ; l'ictus est spontané et le malade est inopinément frappé et précipité dans l'action comme dans la convulsion.

b) Chez les hypnotisés. — Dans ce cas l'ictus n'est plus spontané, mais il est provoqué et l'idée causale est suggérée par un esprit étranger au moi. Les crimes hypnotiques qui viennent d'être si bien étudiés par Akopenko (1) sont, en effet, importants à connaître à propos de l'obsession impulsive dont l'inconscience les sépare.

1. Akopenko. — *Etat actuel de la question sur les crimes hypnotiques.*

L'homicide, avons-nous dit, est en second lieu le résultat d'actes impulsifs qui ne se distinguent de l'acte normal que par la forme même de l'idée causale.

Ils sont le résultat d'états psychiques différents et qui ne peuvent guère se confondre avec l'obsession impulsive. Passons-les rapidement en revue :

a) L'homicide s'explique par une hallucination antécédente : ainsi chez les mélancoliques, les persécutés, les alcooliques, les hystériques.

b) L'acte est dû à une conception délirante. Ainsi chez les persécutés-persécuteurs, les délirants chroniques et certains hystériques.

c) Le désordre dans les idées a entraîné le désordre des actes. Ainsi dans l'excitation maniaque, dans la paralysie générale au début.

d) L'acte s'explique par une faiblesse congénitale ou acquise de l'idéation ainsi que de la volition. Ainsi chez l'imbécile, l'idiot, les déments de toutes espèces.

En résumé, nous voyons que l'obsession impulsive à l'homicide se différencie nettement de tous les états morbides psychiques où l'on recontre l'homicide.

2) De l'obsession et de l'impulsion au suicide. — Comme pour l'homicide, ce qui différenciera l'obsession impulsive au suicide des autres états psychopathiques où se rencontre le suicide, c'est que dans ces cas il est le résultat soit d'impulsions inconscientes soit d'actes impulsifs relevant d'hallucinations de conceptions délirantes, de désordre dans les idées, d'affaiblissement intellectuel.

L'automatisme inconcient présidera au suicide du délirant épileptique, comme à celui de l'hypnotisé.

La ténacité dans la recherche de tous les moyens de suicide sera le propre du mélancolique.

L'alcoolique, en proie à des hallucinations terrifiantes, brusque la situation, suivant l'expression de Magnan (1), saute par une fenêtre pour échapper à ses ennemis, ou se jette à l'eau. C'est une fuite plutôt qu'un suicide.

Le paralytique général procèdera avec la puérilité qui distingue toutes ses manifestations.

Enfin, le délirant chronique préludera à cet acte, dont toutes les circonstances seront déterminées à l'avance, par une préparation aussi sûre que tenace.

Nous devons mentionner, en terminant, le suicide non impulsif que l'on rencontre chez le dégénéré qui se tue pour échapper à son idée homicide ou à toute autre obsession.

1. MAGNAN. — *Etude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés.* (Tribune médicale, 1881.)

CHAPITRE VII

Considérations médico-légales.

I. — Responsabilité dans l'obsession criminelle morbide.

La question de la responsabilité des dégénérés qui présentent le syndrome obsession criminelle morbide est d'une haute importance au point de vue médico-légal et social. Elle est souvent hérissée de difficultés et a donné lieu à de nombreuses erreurs judiciaires. Nous touchons ainsi au grave problème de la responsabilité des aliénés criminels, problème qui a suscité tant de discussions et dont la solution, quoique trouvée scientifiquement, n'a pas encore été appliquée en pratique.

« Le temps est loin encore, dit M. Bombarda (1), où toute conquête scientifique se traduira par une conquête sociale. Pour tout ce qui touche aux commodités de la vie matérielle, les découvertes de la science reçoivent une application immédiate. Dans l'ordre moral, au contraire, les faits les plus clairement démontrés, les principes les plus solidement assis se transforment en épouvantail pour le misonéisme des collectivités. »

1. Miguel Bombard'. — *Responsabilité criminelle hier et aujourd'hui.* (Revue de Psych. clin. thérap., janv. 1899.)

Et plus loin il ajoute :

« L'adoucissement de la pénalité est la conséquence de la pénétration toute récente dans l'esprit public de la notion, de la fatalité des actions humaines. Mais comme nous sommes loin encore de voir officiellement reconnu le déterminisme, cette loi suprême qui régit l'univers entier. »

Sans nous arrêter longuement sur cette brûlante question voyons par quelles phases a passé la question de la responsabilité criminelle et comment nous devons la considérer aujourd'hui.

Les sociétés primitives ne se sont préoccupées que d'une seule chose, le crime. Lorsqu'un crime était commis, avéré, l'auteur devait en être puni, ayant manqué au pacte fondamental de l'association. La condamnation venait toujours après le crime, quel que fut l'état mental de celui qui l'avait commis. Les législations anciennes ne se préoccupent pas de la responsabilité, et il faut arriver aux lois romaines, pour voir le problème abordé. Il fut résolu du premier coup, au moins d'une façon théorique. Le criminel, disaient les lois romaines, n'est tel en réalité, que s'il est *compos mentis.*

Mais la grande difficulté était de savoir dans quelles conditions un individu cessait d'être *compos mentis.* Là-dessus et jusqu'à ce jour, les préjugés, les erreurs de toute nature, les passions religieuses et politiques se sont donnés libre cours, sans se préoccuper de la notion des fonctions cérébrales, de la genèse des idées et de leur mode d'apparition. En fait, à la fin du XVIIIe siècle, en France comme dans toute l'Europe, le champ de la responsabilité resta étendu à tous les hommes; car tous, déments ou non, sont considérés comme en pos-

session de leur libre-arbitre. Les lois de la Révolution française ne déracinèrent même pas de l'esprit des législateurs l'idée de la responsabilité morale, tant ses racines étaient vivaces et vigoureuses. Il fallut les travaux de Pinel pour l'ébranler, et s'inspirant de ses vues nouvelles sur la responsabilité, les codes firent mention de l'irresponsabilité des déments. L'article 64 du Code pénal fut promulgué :

« Il n'y a ni crime, ni délit, si le prévenu était en état de démence au temps de l'action. »

Tel est cet article, qui est resté le même depuis 1810.

Grâce à son élasticité, le champ de l'irresponsabilité s'est notablement accru, malgré la lutte des magistrats qui semblaient, dit Hamon (1), mettre leur amour-propre à conserver le plus de responsables possible pour condamner toujours. On relève, en effet, un nombre considérable d'individus, atteints de troubles psychiques et plus particulièrement d'obsessions impulsives homicides, qui furent condamnés et exécutés. Ainsi l'assassin Jobert, qui était un aliéné, fut condamné aux travaux forcés à perpétuité ; de même était Verger, l'assassin de l'archevêque Sibour, qui fut exécuté. Henriette Cornier qui était une dégénérée avec obsession et impulsion à l'homicide, fut condamnée aux travaux forcés à perpétuité, malgré la consultation médico-légale de Marc.

Si l'on envisage l'obsession criminelle morbide, la monomanie homicide des anciens auteurs, on voit que non seulement les juristes, mais aussi certains aliénistes n'admettent

1. Hamon. — *La responsabilité* (Archives d'Anth. crimin., 1897.)

pas l'irresponsabilité complète de ces malades. Pour eux on créa la responsabilité atténuée. A leur sujet, Mittermaïer disait :

« La notion des monomanies et du délire partiel a été souvent mal comprise. Un individu ne peut être aliéné sur un seul point, sans l'être sur beaucoup d'autres. Ce n'est là qu'une question de mots ; le délire si restreint qu'il paraisse, au point de vue du raisonnement, ne constitue pas à lui tout seul l'état d'aliénation mentale ; il s'accompagne d'une perturbation profonde dans d'autres facultés principales, dans la manière de sentir, de réfléchir, d'apprécier les impressions étranges et anormales qui sont ressenties et par suite de réagir contre les déterminations auxquelles l'individu se trouve entraîné. »

Malgré cette opinion, qui était celle de beaucoup d'autres aliénistes, certains d'entre eux comme Casper et Ott, des juristes comme M. Molinier soutenaient que la monomanie n'excluait pas la responsabilité.

« En principe, tout individu qui a exécuté avec discernement un acte illicite et incriminé par la loi doit être puni. »

En vertu de ce principe, de nombreux aliénés ont été condamnés et exécutés. C'est le sergent Bertrand, condamné pour viol de cadavres, contrairement aux conclusions du Dr Marchal (de Calvi) ; c'est le meurtrier Moulinard envoyé au bagne, bien que les médecins l'aient déclaré monomane raisonnant ; c'est l'histoire de ce clerc d'avoué, contée par Maudsley (1), qui impulsivement, sans raison, tua et dépeça un enfant. Il rédigeait un journal de ses actions et il écrivit

1. MAUDSLEY. — *Le crime et la folie.*

le jour du crime : « Tué une petite fille, c'était bon et chaud ». Ce fou fut pendu.

Malgré ces faits, d'autres causes d'irresponsabilité prouvées par la science tendent cependant à être acceptées par les tribunaux. Magnan, Garnier, Ladame, Benedikt s'efforcent de montrer l'irresponsabilité entière des dégénérés avec obsessions et impulsions morbides, qui peuplent les prisons. Preuves en mains les juristes luttent encore, ils ne peuvent concevoir qu'un individu, pleinement conscient de ses actes, ne puisse résister à l'idée qui l'obsède. L'un d'eux, Rossi, parlant des différents degrés de la passion, s'exprime ainsi :

« Le dernier degré de la passion qui produit l'irritation, laquelle engendre elle-même les actes nuisibles, ce dernier degré est voulu comme les autres, il est comme les autres, le résultat de l'attention accordée *librement* à l'objet qui agit sur l'imagination et l'enflamme. »

« Sans doute, dit Cabadé (1), il est fort beau, fort utile même de dire et proclamer bien haut qu'il faut modérer ses passions, savoir les réfréner et les dompter; cela est facile à dire et à faire pour ceux qui possèdent un cerveau bien pondéré à l'abri de toute tare psychologique héréditaire ou acquise. Ces grands prêcheurs m'ont toujours fait songer à ce sergent qui invective un bossu en lui disant qu'il est cependant bien facile de se tenir droit. Hélas ! il n'est pas plus aisé de maintenir dans la rectitude de conduite et d'actions un cerveau atteint dans son intégrité anatomique ou fonctionnelle qu'il ne l'est de se tenir droit avec une colonne vertébrale dont la direction est vicieuse. »

Les dégénérés, poussés à l'homicide par une obsession impulsive, sont donc irresponsables ; mais quelle est leur respon-

1. Cabadé. — *De la responsabilité criminelle.*

sabilité dans les intervalles lucides qu'ils présentent et dans lesquels il y a apparence de santé sans qu'on puisse admettre un état réel d'intégrité morbide?

Là encore les opinions sont divergentes; devant les efforts manifestés par les juristes et leurs partisans d'une part, par les aliénistes, les anthropologistes, les sociologues d'autre part, est né un *modus vivendi* suivant l'expression de Hamon.

« Il tend, dit-il, à satisfaire tout le monde et, en réalité, ne satisfait personne. Il est, en effet, en contradiction avec la raison appuyée sur la science en même temps qu'il contredit les principes métaphysiques chers aux défenseurs du libre arbitre et à la magistrature. Ce compromis est l'œuvre des médecins légistes surtout. Ils ont tenté de concilier la science et la tradition, ils ont imaginé *les responsabilités partielles et atténuées.* »

Baillarger, Delasiauve, Legrand du Saulle et d'autres nombreux auteurs soutinrent la responsabilité partielle; pour eux certains aliénés et en particulier les dégénérés sont en partie responsables de leurs actes dans les intervalles de lucidité qu'ils présentent. En Allemagne, la responsabilité atténuée reconnue officiellement autrefois par Moeli, Sander, Richter ne l'est plus actuellement, elle a été remplacée par des circonstances atténuantes dont bénéficient l'inculpé.

Sur quoi, en effet, baser la responsabilité partielle? Peut-on, comme le dit Falret, mesurer la responsabilité ainsi, qu'on le fait de la tête, avec un phrénomètre. Cela nous paraît difficile et d'un résultat douteux. Lorsqu'un médecin légiste proclame qu'un accusé ne jouit que d'une responsabilité partielle, que veut-il dire ?

La seule réponse qu'il puisse faire : c'est que l'accusé n'a

pas un cerveau normal, et la conséquence de cette déclaration est celle-ci : puisque le cerveau n'est pas normal, il n'y a plus équilibre dans ses manifestations ; la volonté, les idées de bien et de mal peuvent ne plus être normales et par conséquent l'accusé est tout à fait irresponsable (1).

Quelles sont, d'autre part, les conséquences de cette doctrine? C'est mettre le tribunal en demeure de fixer lui-même dans quelle mesure la responsabilité est limitée, et il le fera par la durée de la peine qu'il infligera au coupable. C'est donc le juge qui se substitue à l'homme de science, et qui gradue par la peine la somme plus ou moins considérable de liberté morale que peut avoir le prévenu, puisque le médecin ne peut rien lui dire, même en admettant la théorie de la responsabilité partielle.

Et puis qui peut dire que l'esprit humain est susceptible de se scinder en deux parties : une saine, l'autre malade ?

Qui peut assurer que lorsqu'une portion de l'encéphale est malade, cet état ne retentit pas sur toutes les autres parties réputées saines ?

Qui peut dire où commence le délire et où finit la raison ?

« Cette théorie n'est qu'une compromission, dit Cabadé, une cote mal taillée, une solution bâtarde, un ménagement effaré de chèvre et de chou. »

C'est le dernier reste de la théorie classique. Il disparaîtra progressivement à mesure que l'activité psychique s'éclairera des lumières de la psycho-physiologie.

Nous venons de voir rapidement l'évolution de la respon-

1. Cabadé. — *La responsabilité criminelle.*

sabilité criminelle à travers les différentes époques. Voyons comment on la considère aujourd'hui et sur quoi elle doit se baser ?

Deux écoles sont en présence : l'*école criminaliste classique* dont les principes ont servi de base à tous les codes, et qui repose sur l'existence du libre arbitre, d'une loi morale. Nous venons de la voir évoluer jusqu'aux temps modernes où elle s'est retranchée en dernière analyse dans la responsabilité partielle, dernier rempart du libre arbitre que chasse bien loin le déterminisme moderne.

L'école anthropologiste, dont le point de départ est l'observation attentive de tous les phénomènes psycho-physiologiques, elle a rejeté loin d'elle l'existence d'une loi morale immuable ; pour elle, la morale n'est, en effet, qu'une chose essentiellement conventionnelle et relative et ne peut être érigée critérium absolu.

C'est l'école psychiatrique contemporaine qui a édifié les bases de cette nouvelle doctrine; toute la gloire en revient à l'école française et plus particulièrement à Magnan et à ses élèves, grâce à leur nouvelle conception de la dégénérescence et de la criminalité. Ils affirmèrent l'unité du groupe des dégénérés par la mise en lumière des stigmates, par la démonstration de l'existence de l'impulsivité comme caractère essentiel et spécifique. Dans le domaine de la criminalité, ils peuvent revendiquer le mérite d'avoir appliqué méthodiquement à cette étude les notions générales nées de la constitution du groupe des dégénérés. Avec eux, Lombroso, Ferri, Garofalo, en Italie ; Broca, Bordier, Manouvrier, Lacassagne, en France vinrent par leurs nouvelles conceptions du crime édifier les bases de l'école d'anthropologie

moderne. Ses principes qui ont été développés au *Congrès d'Anthropologie de Bruxelles* (1892) peuvent se résumer ainsi (1):

« La morale est évolutive et changeante, le crime lui-même est évolutif et changeant. Donc les systèmes pénaux qui ne peuvent être basés sur l'existence hypothétique d'une loi morale, ni sur la valeur des actes qualifiés crime, ne peuvent être qu'une série de conventions ayant pour but : la préservation sociale contre les nuisibles. La durée des peines doit être proportionnée à la durée du danger couru, car tout tarif pénal suppose l'évaluation exacte de la valeur du crime et ce qui est plus grave, l'évaluation du degré de responsabilité. La société enfin ayant sa part de responsabilité dans le crime individuel et n'ayant qu'un droit, celui de se préserver, a le devoir, tout en protégeant le criminel contre lui-même et en se protégeant contre lui, de chercher à l'amender en donnant, d'autre part, tous ses soins à la prophylaxie du crime. »

D'après l'anthropologiste, le criminel est soumis à deux ordres d'influences :

Des *influences intrinsèques* individuelles, biologiques, si l'individu est normal; biopathologiques, si c'est un dégénéré.

Des influences *extrinsèques* sociales.

A chacune de ces influences répondront deux responsabilités : une responsabilité individuelle, une responsabilité sociale.

Que deviennent ces responsabilités chez le dégénéré syndromique homicide? Elles sont évidemment nulles et son irresponsabilité sera absolue à toute période de sa vie.

1. MAGNAN et LEGRAIN. — *Les dégénérés*

Elle est plaidée, en effet, par son hérédité et son impulsivité, ces deux tares toujours très actives du dégénéré.

Voilà une première conséquence des principes de l'école d'anthropologie moderne.

Une seconde est la défectuosité du Code, qui n'est plus en rapport avec les empiétements des doctrines de l'aliénation.

« La foi aux doctrines classiques s'en va, dit Dallemagne, le droit devient un temple dont le Dieu contesté et discuté commence à ne plus inspirer ni le respect, ni la crainte. Le déterminisme finira par s'imposer au nom même des plus immédiates nécessités sociales. Déjà à l'heure actuelle, il ébranle les convictions dans un grand nombre d'esprits. »

II. — Le dégénéré homicide devant la justice

Lorsqu'un dégénéré ayant présenté des obsessions homicides, a succombé à une impulsion et qu'il comparaît devant la justice, voyons comment on doit se comporter envers lui.

Nous aurons trois éléments à examiner : *le malade*, *l'expert*, *l'expertise*.

En premier lieu, on devra se livrer à un examen approfondi du malade. C'est, en effet, sur un diagnostic sévère que l'expert se basera pour prouver l'irresponsabilité de ce dégénéré qui a cédé à une impulsion dont il a parfaitement conscience.

Pour établir ce diagnostic, l'expert devra étudier deux éléments : le crime lui-même, le criminel.

Sans reprendre ici tous les caractères de l'obsession morbide, rappelons simplement que cette obsession est irrésistible, que le malade en a conscience, qu'elle s'accompagne d'angoisse inexprimable, et que la réalisation de l'acte qui l'obsède lui fait éprouver une certaine satisfaction.

Rarement l'impulsion est subite, elle est généralement précédée par l'idée obsédante qui, tenace, tyrannique, revient par paroxysmes, pendant lesquels le malade sent de plus en plus faiblir sa force de résistance. Effrayé par l'idée atroce qui l'envahit, car c'est généralement sur des êtres chers qu'il veut frapper, il demande appui aux personnes qui l'entourent, et parfois même demande son internement de peur de succomber. S'il tue, son crime est généralement sans motif, et s'adresse à des personnes plus faibles que lui. D'autres fois il y a une véritable préméditation comme dans le cas de Henriette Cornier. Une fois l'acte accompli, il ressent un véritable soulagement, comme si on lui enlevait quelque chose qui l'oppresse, et conscient de l'acte atroce qu'il vient de commettre, il le regrette et le déplore.

Le crime est sans motifs, il est accompagné d'une conscience intacte, il s'adresse aux êtres que le malade aime le mieux, il n'a pas l'atrocité que présente le même acte chez l'épileptique, enfin la récidive se montre souvent.

Tels sont ses caractères.

L'examen du malade lui-même est de beaucoup l'élément le plus important.

Comme nous le savons, l'état dégénératif est le fond essentiel de l'obsession et de l'impulsion homicides.

On devra donc étudier, avec le plus grand soin, l'histoire bio-pathologique de ce malade : ses antécédents héréditaires, ses stigmates physiques, ses stigmates psychiques concomitants ou non à l'impulsion homicide, enfin la manière dont il a réagi dans le milieu où il a vécu. Ce n'est que par cet examen de la vie du malade que l'on arrivera à faire un diagnostic

approfondi non seulement de la dégénérescence, mais du degré qu'elle présente.

En résumé, examen du crime, de ses différents mobiles individuels et extra-individuels, examen du degré de dégénérescence du malade sont autant d'éléments qui amèneront l'expert à un diagnostic qui doit être la base de toute expertise d'où doit découler l'irresponsabilité absolue de ces malades.

Sans nous arrêter à la façon dont l'expert doit examiner ce dégénéré, nous mentionnerons simplement les qualités essentielles que l'on doit lui demander.

Le rôle de l'expert dans ces conditions ne doit pas consister seulement à exprimer une impression personnelle plus ou moins justifiée par son expérience; il est nécessaire qu'il mette les faits en évidence par des caractères physiques capables d'être saisis même par des hommes étrangers à la science. Il ne peut justifier son jugement qu'en mettant en lumière l'objectivité des conditions physiologiques du phénomène morbide. En psychopathie, les faits sont complexes : il est souvent impossible de donner des preuves objectives de la réalité d'un phénomène actuel comme l'irrésistibilité que l'on rencontre chez le syndromique qui, parfaitement conscient de son idée obsédante, ne peut résister à l'impulsion qui l'entraîne à commettre un acte qu'il réprouve.

Il est donc de toute nécessité que l'expert appelé à examiner un tel malade soit un aliéniste distingué qui, grâce à une grande habitude des aliénés pourra se prononcer avec autorité.

Et, à ce sujet, s'il m'était permis de formuler un vœu, il serait désirable que l'étude de l'aliénation mentale prenne

une plus grande extension dans les Universités. Elle est comme on le voit, d'une importance tellement considérable au point de vue médico-légal qu'il serait désirable que tous les étudiants en médecine fassent un véritable stage dans un service d'aliénés, et qu'on ne puisse prendre comme médecin expert que des hommes habitués à ces malades ; enfin, que l'étude de l'aliénation mentale, soit plus approfondie dans les facultés de droit. MM. Brouardel, Blanche et Lacassagne ont déjà insisté à juste titre sur ce point si important.

Les condamnations et les exécutions d'aliénés, et surtout d'impulsifs conscients sont trop nombreuses dans la science pour que l'on ne s'efforce pas d'y remédier.

Les expertises ordonnées dans les cas d'homicide devraient toujours être faites par plusieurs experts compétents afin de se mettre à l'abri de toute erreur.

D'où la nécessité :

1. De multiplier les expertises comme M. Garnier (1), le demande dans son rapport au Congrès d'anthropologie de Bruxelles, 1892.

Comme l'avait déjà demandé M. Henri Monod dans une note lue à l'Académie de Médecine sur les aliénés recueillis dans les asiles après condamnation, et auxquels une expertise médico-légale eut évité ainsi qu'à leur famille une note infamante.

2. De créer, comme le demande M. Lacassagne, un conseil médical près de chaque Cour d'appel pour revoir et adopter les conclusions des premiers experts.

De former, d'après M. Brouardel, un tribunal de super-

1. Garnier. — *De la nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains prévenus ou accusés comme un devoir de l'instruction.*

arbitres comme cela existe en Allemagne, tribunal qui serait appelé à donner son avis dans les expertises médico-légales importantes.

Enfin, dans chaque expertise criminelle, il serait nécessaire d'avoir toujours au moins deux médecins, désignés ou par le juge d'instruction, ou l'un par l'accusation et l'autre par la défense ; c'est ce que demande M. Cruppi dans la loi sur l'expertise médico-légale qu'il a présentée à la Chambre des députés au mois de juin 1899.

III. — De l'assistance des dégénérés a impulsions homicides et suicides

Comment la société doit-elle se comporter avec ces malades? Nous envisagerons en premier lieu les moyens prophylactiques qu'elle peut prendre pour arrêter cette marée toujours montante des dégénérescences humaines. S'adressant ensuite aux dégénérés syndromiques eux-mêmes nous passerons rapidement en revue les moyens qu'elle a à son service, pour les empêcher de se nuire à eux-mêmes et aux autres, enfin les soins qu'elle doit prendre envers eux.

1° Moyens prophylactiques. — Ces moyens sont de deux sortes : il faut lutter contre les causes mêmes de la dégénérescence, il faut s'efforcer de suivre avec attention l'éducation des enfants des dégénérés, candidats certains à la dégénérescence.

Lutter contre les causes générales de la dégénérescence, c'est refaire l'histoire des sociétés, de leur industrie, de leur commerce qui, tout en apportant de nouvelles pierres à l'édifice du progrès, amènent avec eux aussi de nouvelles causes

de dégénérescence. Dans les luttes qui se passent au sein des sociétés, l'évolutionisme nous apprend que les faibles succombent, que les forts se sélectionnent et sont les agents du perfectionnement dont ils profitent, enfin que les autres dégénèrent pour succomber plus tard. L'équilibre est difficile à tenir au milieu des obstacles qui surgissent de toutes parts autour de l'homme, depuis la naissance jusqu'à la tombe. Les causes de la dégénérescence sont les causes mêmes de la maladie, du mal physique comme du mal moral, du mal qui s'attaque à l'homme collectif. Ce sont les guerres, les disettes, les famines, la misère, les maladies professionnelles, le surmenage sous toutes les formes, les excès d'une civilisation avancée, les poisons sociaux, etc... Autant de maux qui ne tardent pas à frapper l'homme et les sociétés de stigmates indélébiles qui se reproduisent en s'aggravant dans les générations futures, jusqu'à leur disparition complète pour cause d'insuffisance notoire dans la lutte pour la vie (1).

En présence d'une si grande multiplicité de causes enchevêtrées à l'infini, on doit chercher avec Morel si à chaque cause déterminée correspond une variété définie de dégénérescence. Il en serait ainsi que la prophylaxie deviendrait plus simple; mais il n'en est rien, la dégénérescence est une résultante de causes multiples variées, qui ne donnent qu'un seul et même résultat.

Au point de vue sociologique Morel considérait six groupes de causes dégénératrices :

Les dégénérescences par intoxications comprenant : les toxiques absorbés volontairement par l'homme (alcool,

1. Legrain. — *De la dégénérescence dans l'espèce humaine.*

haschich, opium, tabac) ; les poisons telluriques (impaludisme) ; les fléaux humains (épidémies) ; les poisons alimentaires (pellagre, ergotisme).

Un deuxième groupe renferme les dégénérescences résultant du milieu social ; ce sont des dégénérescenses collectives (famines, professions insalubres).

Le troisième correspond aux dégénérescences ayant pour cause une affection morbide antérieure ou un tempérament maladif.

Enfin les trois derniers groupes sont constitués par le mal moral ; les infirmités congénitales ou acquises de l'enfance, (cécité, surdi-mutité) ; les influences héréditaires. Toutes ces causes agissent, en amoindrissant l'individu dans ses résistances organiques, et aboutissent à la création d'individus qui, tarés par le fait de l'insuffisance des générateurs, présenteront les caractères héréditaires de cet amoindrissement de l'espèce ; ils seront porteurs des signes de la dégénérescence, des stigmates physiques et psychiques de la tare morbide dont ils ont hérité.

A côté de la dégénérescence héréditaire, nous trouvons les dégénérescences acquises d'emblée par le fait d'accidents morbides; elles sont moins fréquentes que les premières. Ces variétés sont essentiellement individuelles. Les causes doivent être assez puissantes pour produire du premier coup le dégénéré avec état syndromique. Ce sont d'abord les maladies du fœtus, les accidents de la grossesse et de l'accouchement. Plus tard ce sont les maladies aiguës infectieuses de la première enfance : variole, scarlatine, etc. ; les affections médicales et chirurgicales (traumatismes craniens, etc.).

A côté de ces causes aiguës, d'autres agissent plus lente-

ment : la misère physiologique, l'alimentation défectueuse du premier âge, les mauvais traitements de toute nature, et dans l'ordre moral, l'éducation mal dirigée.

Innombrables sont donc les causes sur lesquelles la société doit s'efforcer d'agir. Lutter contre l'alcoolisme et toutes les intoxications par des lois et des impôts bien ordonnés, lutter contre les nombreuses classes des maladies infectieuses, par une hygiène bien comprise, seront les premiers moyens prophylactiques que la société peut mettre en œuvre. La modification des lois sociales et économiques viendra apporter son appoint à cette tâche grandiose.

Un second point, non moins important dans la prophylaxie du dégénéré, est l'éducation des enfants. Cette question a été étudiée par de nombreux auteurs. M. Motet s'en est occupé dans la communication qu'il a faite, au Congrès d'anthropologie de 1889, sur l'éducation correctionnelle, où il s'efforce de montrer, qu'il est de toute nécessité de ne pas laisser dans les milieux où ils vivent ces enfants abandonnés, la plupart dégénérés et qui sont en grande partie candidats au crime. Il distingue deux sortes d'enfants : les uns délinquants instinctifs doivent relever de la maison correctionnelle qui doit être réorganisée : chaque enfant doit y être l'objet d'une étude attentive, on doit se rendre compte de ce qu'il est possible d'obtenir de lui, et s'il a des chances d'amélioration.

« A la base de la réforme, dit-il, je placerais l'instituteur, à côté de lui l'atelier. »

Les autres doivent être envoyés dans les colonies agricoles et industrielles.

Mais c'est à M. Bourneville que l'on doit de s'être occupé

le plus de l'éducation des enfants dégénérés et arriérés; il a poursuivi cette tâche avec une sollicitude vraiment admirable. Au Congrès national d'assistance publique de 1894, il a réclamé la création d'asiles-écoles distincts des asiles d'aliénés pour les arriérés, recevant les deux sexes de 2 à 18 ans. Pour les simples dégénérés on doit former des classes spéciales annexées aux écoles ordinaires. A Londres, il y a neuf classes de ce genre.

Les instituteurs ou institutrices seront initiés à la maladie de leurs élèves par un stage d'infirmiers dans les services d'assistés.

Il expose les procédés de traitement médico-pédagogique utilisés à Bicêtre, qui sont destinés à développer les organes des sens et le système musculaire, empruntés à Seguin; il les a modifiés en partie et ils conduisent ainsi à d'excellents résultats.

La chose importante est d'arracher ces enfants munis de tares héréditaires, à leur milieu de corruption et souvent à leurs parents indignes.

On pourra de plus créer, comme le demande M. Maurice de Fleury, dans tous les grands centres, des « *dispensaires pour les enfants nerveux* » où des soins appropriés seront donnés aux jeunes épileptiques, hystériques et neurasthéniques, aux enfants tristes, paresseux, colères ou sournois, en vue de refaire leur vitalité, la nutrition de leur cerveau et leur cohésion mentale.

2°. — Assistance des dégénérés impulsifs .

L'assistance que la société donne aux impulsifs à l'homicide et au suicide conscients tend à un double but.

En premier lieu elle doit s'efforcer de se défendre contre eux, car ils sont dangereux pour eux-mêmes et pour ses autres membres; des deux façons ils lui portent autant de préjudice.

En second lieu elle doit les soigner.

Quels sont les moyens qu'elle possède pour arriver à ce double but?

Tout d'abord ces malades obsédés par l'idée homicide ou suicide doivent être internés ; ce qu'ils viennent faire d'eux-mêmes presque toujours pour échapper à l'irrésistibilité de leur idée obsédante et venir nous demander un appui contre leur volonté qu'ils sentent chanceler de plus en plus. Devant les conséquences très graves de leurs obsessions, ces malades devront pouvoir se faire interner avec la plus grande facilité; le moindre retard peut avoir quelquefois pour résultat le crime ou le suicide le plus atroce. Très conscients de leur état et presque toujours intelligents, ils viennent se placer volontairement dans un asile et à ce propos, la facilité de l'internement devrait être élargie, et le malade obsédé par l'idée du meurtre ou du suicide devrait pouvoir obtenir son placement lui-même sans avoir besoin de personne.

Ainsi, la rapidité de l'internement pourrait empêcher peut-être beaucoup de ces malades de succomber à leur idée obsédante. Car quelquefois ils sont rebutés par les démarches qu'il faut faire pour être internés, et ne demandent leur placement que lorsqu'ils ont déjà fait une tentative d'homicide ou de suicide.

Une fois internés, appartenant à la classe des aliénés dangereux, ils ont besoin de la plus grande surveillance, et cependant ne doivent pas être mélangés avec ces autres malades qui ont comme eux des tendances à l'homicide ou au suicide,

tendances qui, ou sont inconscientes comme chez l'épileptique, ou qui ne sont que des actes impulsifs comme chez le mélancolique, l'alcoolique, le délirant chronique, le persécuté, le paralytique général.

Il serait donc désirable, suivant M. Magnan, de créer des services spéciaux, annexés à l'asile, pour ces malades conscients qui sont obsédés par l'idée homicide ou suicide ou qui ont succombé à l'obsession du meurtre.

Le traitement par le lit, comme nous l'avons dit, sera un moyen excellent de surveillance, qui, en outre, contribuera à faire cesser l'angoisse dont ces malheureux sont atteints lorsqu'ils entrent en plein paroxysme.

Le malade qui tue, sous l'empire d'une impulsion homicide, passera-t-il par l'asile-prison? Telle n'est pas l'idée de M. Magnan, et ce malade devra être placé dans les services spéciaux dont nous venons de parler.

L'asile-prison ne serait réservé qu'aux dégénérés criminels moraux, qui ont des tendances invincibles à l'évasion et ont besoin d'une surveillance toute spéciale. A ce point de vue, il serait désirable de voir la création de ces asiles, tels qu'ils existent en Angleterre ou en Amérique. Ce serait un grand progrès, et ce progrès n'aura un caractère vraiment scientifique et définitif que du jour où la responsabilité morale individuelle aura fait place à la responsabilité sociale.

Faut-il séquestrer perpétuellement ces aliénés homicides, ou s'ils doivent sortir, à quel moment doit-on les rendre à la liberté?

La question de la sortie de ces malades est en effet importante et a été discutée. Beaucoup de médecins, se basant sur

le fait de la répétition des mêmes actes chez le dégénéré syndromique, penchent pour la séquestration a perpétuité.

Esquirol déclarait que les folies homicide et suicide ne guérissaient jamais radicalement et étaient sujettes à des rechutes. D'autres au contraire veulent laisser sortir ces malades aussitôt après la guérison de la crise obsédante sans rien préjuger des crises à venir. Magnan pense que chaque cas doit être étudié et pesé séparément, mais que rien d'immuable ne saurait régir et trancher la question. Dans l'immense majorité des cas, la durée de l'internement est une affaire de tâtonnement.

Pour les malades impulsifs qui ont obéi à leur idée homicide, la sortie définitive de l'asile ne pourrait être prononcée que par le tribunal, après plusieurs sorties d'essai, et après qu'il aura pris connaissance du dossier médical relatant l'attitude du malade à l'asile et les résultats de son traitement.

Les progrès futurs de l'anthropologie hâteront la solution des problèmes sociaux si complexes que soulève la question de criminalité. Elle les résoudra tout d'abord en ce qui concerne les dégénérés.

Tant que subsisteront les anciennes conceptions, les services spéciaux et la prison-asile ne nous paraîtront, ainsi que le dit Dallemagne, « que comme un stratagème légal et le dernier subterfuge d'une législation aux abois » et il ajoute : « cette déduction finale est avant tout une affirmation nouvelle, nécessaire en face des dangers sociaux que créent les distinctions classiques dans le domaine du droit pénal. »

CONCLUSIONS

1° Les obsessions et les impulsions à l'homicide et au suicide sont un syndrome épisodique de la dégénérescence mentale; elles en sont un stigmate psychique; elles n'apparaissent que chez les dégénérés.

Les neurasthéniques qui présentent des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide ne sont autres que des dégénérés; ils sont au seuil de la dégénérescence, si nous considérons ce mot dans son sens évolutif et progressif.

2° Il est nécessaire de faire une étude clinique approfondie de ces malades, chez qui le syndrome obsession et impulsion homicide et suicide, n'est qu'un symptôme de l'état dégénératif, état dont la connaissance et l'étude sont d'une importance considérable au point de vue médico-légal.

3° L'irresponsabilité de ces malades est absolue. Nous rejetons à leur point de vue, comme à un point de vue général, toute idée de responsabilité atténuée. Avec l'école d'anthropologie moderne nous ne tendons à admettre qu'une responsabilité s'édifiant sur de pures bases biologiques et sociales.

4° Le diagnostic de ces malades est la chose primordiale au point de vue médico-légal. Il doit se baser, non pas

sur le crime lui-même, mais sur l'étude bio-pathologique du malade.

D'où :

a) Nécessité de médecins-experts par qui les études de psychiatrie soient approfondies.

b) Nécessité d'une expertise prudente et sûre.

Il serait désirable, à ce sujet, que l'étude de l'aliénation mentale, comme les études médico-légales, prennent plus d'extension. Il serait désirable que les réformes de l'expertise médico-légale aboutissent et qu'elle soit multipliée.

5° La société doit non seulement se défendre contre ces malades et les soigner, mais elle doit aussi prendre des mesures prophylactiques.

Lutter contre les causes de dégénérescence et apporter tous ses soins à l'éducation des enfants dégénérés-arriérés, soit par la création d'asiles-écoles, soit par l'annexion de classes spéciales à l'école ordinaire, seront ses moyens prophylactiques.

Les moyens de défense seront :

a) La facilité de l'internement des malades obsédés par l'idée homicide et suicide.

b) La création de quartiers spéciaux annexés aux quartiers d'asiles, où le malade impulsif conscient ne devra pas être confondu avec les malades impulsifs inconscients ou délirants.

c) La création d'asiles-prisons pour les criminels-moraux.

d) La sortie de l'asile des malades impulsifs criminels ne pouvant s'effectuer que par jugement rendu par le Tribunal sur l'avis du médecin traitant.

BIBLIOGRAPHIE

ADAM. — *Un cas d'obsession émotive avec idées de grandeur.* Annales médico-psychologiques, mai 1889.

ALLISON. — *Insanity and homicide*, 1899.

AKOPENKO. — *L'état actuel de la question sur les crimes hypnotiques.* Archives d'anthropologie criminelle, 1897, p. 705.

ARIE DE JONG. — *Sur les obsessions.* Congrès de Moscou, août 1897.

BOISSIER et LACHAUX — *Perversions sexuelles à forme obsédante.* Archives de neurologie, nov. 1893, p. 374.

BOURDIN. — *De l'impulsion. Sa définition, ses formes et sa valeur psychologique.* Th. Paris, 1896.

BOURDIN. — *L'impulsion et ses rapports avec le crime.* Annales médico-psychologiques, 1897, p. 427.

BRIAND. — *Stigmates psychiques de la folie héréditaire.* Encéphale, 1885, n° 6, p. 696.

BALL. — *Responsabilité partielle des aliénés.* Encéphale, 1886, n° 4, p. 385, n° 5, p. 529. Bulletin de l'Académie de médecine, 7 septembre 1886.

BERGER. — *Sur un cas de conceptions irrésistibles (obsessions) et faits irrésistibles (impulsions) chez un enfant de* 10 *ans.* Archives de neurologie, 1890-1891, p. 257.

BOUCHER. — *Forme spéciale d'obsessions chez une héréditaire.* Archives de neurologie, 1890-1891, p. 280. Congrès d'aliénation de Rouen, 3 aoû 1890.

BOURNEVILLE et BOYER. — *Impulsifs trimardeurs.* Archives de neurologie, 1895. T. XXX, p. 346. — *Discussion sur les impulsions.* Archives de neurologie, 1895, p. 242 et suivantes.

Blaise. — *Impulsions et amnésies.* Thèse, Paris, 1887. — *Responsabilité chez les aliénés.* Encéphale, 1888, volume VIII, n° 4.

Ball. — *Les impulsions intellectuelles.* Encéphale, 1881.

Baillarger. — Annales médico-psychologiques, 1866, p. 93.

Billod. — *Lésions de la volonté.* Annales médico-psychologiques, 1877.

Baillarger. — Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses, 1861, p. 40.

Brissaud. — *De l'anxiété paroxystique.* Sem. méd., n° 12, 1890.

Berben. — *Obsessions avec conscience. Aberrations du sens génital.* Revue de Hayem, n° 46. Annales médico-psychologiques, mai 1889.

Bompar. — *De la folie du doute.* Journal médical de Bordeaux, 11 octobre 1885.

Ball. — *De la dipsomanie.* Encéphale, 1882, n° 3, p. 385.

Ball. — *De l'Erotomanie.* Encéphale, 1883, n° 2, p. 129. Gazette hebdomadaire, 4 novembre 1886.

Billod. — *Sujet qui se croit menacé de folie.* Encéphale, 1883, p. 600.

Benedikt. — *Sur la folie morale et ses rapports avec la criminalogie (obsession).* Archives de neurologie, 1896, p. 127.

Ballet. — *Sur les caractères de certaines idées de persécution observées chez les dégénérés à préoccupations hypochondriaques ou mélancoliques (obsessions).* Archives de neurologie, 1892, p. 308.

Berillon. — *Les phobies neurasthéniques.* Revue neurologique, 1894, p. 573.

Ballet. — *Rapport de l'hytérie et de la folie. Idées subconscientes.* Archives de neurologie, 1894, p. 129.

Ball. — *Des obsessions en pathologie mentale.* Annales médico-psychologiques, 1896, p. 295.

Ball. — *Claustrophobie.* Annales médico-psychologiques, 1879, p. 378.

Boisson. — *Note sur un genre particulier de monomanie hypocondriaque.* Archives de neurologie, 1880. I, p. 481.

Breton. — *Un cas d'éreutrophobie obsédante.* Gazette des hôpitaux, 21 octobre 1896.

Bancroff. — *Homicide subconscient et suicide, leur physiologie psychologique.* Archives de neurologie, mars 1899, p. 221. American journal of insanity, octobre 1898.

Bombarda. — *Responsabilité criminelle hier et aujourd'hui.* Revue de psychologie clinique et thérapeutique.

Boileau de Castelnau. — *Des maladies du sens moral.* Annales médico-psychologiques, 1860.

Bachelez. — *Etude sur une variété particulière de la folie héréditaire.* Thèse, Paris, 1870.

Binet. — *Les altérations de la personnalité.*
Baillarger. — *Recherches sur les maladies mentales.*
Blanche. — *Des homicides.*
Ball. — *Leçons sur les maladies mentales.*
de Boeck et Otlet. — *Les prisons-asiles et les réformes pénales qu'elles entraînent.* Congrès de Bruxelles, 1892, p. 127.
Bouchet. — Annales médico-psychologiques, 1884, p. 231.
Buccola. — *La idee fisse et la loro candiz.* Rivist-sperim de frenatria, 1880.
Bernheim. — *L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale.* Congrès Moscou. Revue neurologique, 30 mars 1998, p. 195.
Ballet. — *Les psychoses.* In **Traité médecine.** Charcot-Bouchard. T. VI.
Brouardel. — *Le criminel.* Gaz. hôpitaux, 1890.
Bain. — *Les émotions de la volonté*, Paris, 1885.
Bessonnet. — *Essai sur les hallucinations conscientes.* Thèse, Paris, 1898.
Clouston. — Clinical lectures of mental diseases (Londres, 1887).
Cabadé. — *De la responsabilité criminelle.*
Cotard. — *Maladies mentales et cérébrales.*
Corre. — *Les criminels.*
Cullerre. — *Nervosisme et névrosés*, 1887.
Cullere. — *Les frontières de la folie.* Paris, 1888.
Cullerre. — *Traité des maladies mentales.*
Calmeil, Devergie, Tardieu. — *Rapport sur J. R.* Annales médico-psychologiques, 1856.
Corre. — *Sur la volonté dans les maladies mentales.* Paris, 1896.
Camuset. — *Note sur un aliéné homicide.* Archives de neurologie, 1892, p. 157 et 370.
Dallemagne. — *Dégénérés et déséquilibrés.*
Dagonet. — *Maladies mentales.*
Dallemagne. — *Pathologie de la volonté.*
Dagonet. — *Folie morale et folie intellectuelle.* Annales médico-psychologiques, 1877.
Doutrebente. — Annales médico-psychologiques, 1869.
Dagonet. — *Des impulsions dans la folie et de la folie impulsive.* Annales médico-psychologiques, 1870.
Dallemagne. — *Etiologie fonctionnelle du crime.*
Delasiauve. — *De la monomanie au point de vue psychologique et légal.* Journal de Médecine mentale, 1861, p. 348.
Dallemagne. — *La volonté dans ses rapports avec la responsabilité pénale.*
Drill. — *Les principes fondamentaux de l'école d'anthropologie criminelle.* Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles, 1892, p. 37.
De Fleury. — *L'âme du criminel.*

DAGONET. — *Sur la responsabilité des aliénés.* Annales médico-psychologiques, 1868.

DAGONET et MITTERMAIER. — Annales médico-psychologiques, 1867.

DORNBLUTH (Otto). — *Sur l'état mental des dégénérés.* Archives de neurologie, 1895, p. 42. Revue neurologique, 1895, p. 562.

DONTH (J.). — *Sur les états obsédants (anancasme).* Revue neurologique, 1896, p. 656.

DEJERINE. — *L'hérédité dans les maladies du système nerveux.* Thèse d'agrégation, 1880.

DAGUILLON. — *Impulsions homicides consécutives à la lecture d'un roman passionnel chez un dégénéré.* Annales médico-psychologiques, mai 1894.

DENOMMÉ. — *Des impulsions morbides à la déambulation au point de vue médico-légal.* Thèse, Lyon, 1894.

DUMAZ. — *Un cas de folie impulsive.* Encéphale, n° 2, VIII, 1898.

DARNAL. — *Dégénérescence et responsabilité pénale.* Thèse. Paris, 1896. Revue neurologique, 1897, p. 56.

DONATH. — *Sur l'anancasme. Etats psychiques d'obsession.* Revue neurologiste, 1897, p. 123.

Discussion sur les aliénés avec conscience. Annales médico-psychologiques, 1870, passim.

ESQUIROL. — *Des maladies mentales.*

FREUD (Siegm). — *Obsessions et phobies, leur mécanisme psychique et leur étiologie.* Revue neurologique, 1875. p. 33. Archives de neurologie, 1895, p. 46.

DE FRITSCH. — *Impulsions pathologiques.* Archives de neurologie. 1892, p. 97.

FÉRÉ. — *Note sur une amnésie consécutive à des idées obsédantes.* Revue neurologique, 1893, p. 653.

Discussion à la Société médico-psychologique, 30 mai 1885 ; FALRET, BOUCHEREAU, MAGNAN. Encéphale, 1885-1886, passim.

FREUD. — *L'hérédité et l'étiologie des névroses.* Archives de neurologie, 1896, p. 49. — Revue neurologique, mars 1896.

FÉRÉ. — *Impulsions chez les hystériques.* Archives de neurologie, 1883, p. 125.

FALRET. — Société médico-psychologique, 1866. *Discussion sur la folie raisonnante.* Archives générales de médecine, 1861.

FALRET. — *Obsessions avec conscience* (intellectuelles émotives). Congrès de médecine mentale, Paris, août 1889. Archive de neurologie, 1889, p. 274-282. Bulletin médical, 7 août 1889.

FOVILLE. — *Nomenclature et classification des maladies mentales.* Annales médico-psychologiques, 1872.

FÉRÉ. — *Les épileptiques.*

FLEMMING. — *Folie morale* (Correspond. Blatt., 1874.)

FORTINEAU. — Thèse, Paris, 1884.

FALRET. — *Maladies mentales.*

FOVILLE — *Législation des aliénés en Angleterre et en Ecosse.*

FÉRÉ. — *Dégénérescence et criminalité.*

FÉRÉ. — *Pathologie des émotions.*

FOUILLÉE. — *Le développement de la volonte.* Revue philosophique, octobre 1892.

FAURE. — *La thérapeutique des obsessions.* Thèse, Paris, 1898.

GEILE. — *Sur les actions impulsives réelles ou apparentes.* Revue neurologique, 1895, p. 309.

GRASHEY. — *Sur la théorie des obsessions.* Revue neurologique, 1895. — Archives de neurologie, 1895, p. 395.

GARODISCHE. — *Deux observations d'obsédés ne présentant aucune tare neuro-pathologique héréditaire.* Discussion. Société médico-psychologique, 29 janvier 1899.

P. GARNIER. — *Impulsions bizarres chez un mélancolique faible d'esprit.* Archives de neurologie, juillet 1881, p. 85.

A. GREENE. — *Note sur un cas de folie impulsive.* Archives de neurologie, 1886, p. 79.

GRIESINGER. — *Traité des maladies mentales*, p. 303.

GARNIER (P.). — *La folie à Paris.*

GEORGET. — *Discussion médico-légale sur la folie.* Paris, 1826.

GASQUET. — *De la folie morale.* Journal of mental science, 1882.

GARNIER. — *L'obsession du meurtre.* Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles, 1892, p. 211.

LE GROIGNEC. — *Des impulsions et en particulier des obsessions impulsives.* Etude historique. Thèse, Bordeaux, 1897.

HOHENLOE. — *Sur les obsessions et les actes en résultant.* Revue neurologique, 1894, p. 64.

HECKERT-EWALD. — *Sur les états d'angoisse larvés ou abortifs dans la neurasthénie.* Revue neurologique, 1894. Archives de neurologie, 1894, p. 213.

HACK-TUKE. — *Les idées obsédantes.* Archives de neurologie, 1896, p. 125.

HENCKEL. — *Ordo et methodus cognoscendi et curandi energumenos a stygio cacodaemone obsessos...* Frankfort et Lips, 1689.

HAMON. — *La responsabilité.* Archives d'anthropologie criminelle, 1897, p. 601.

HUGRES. — *Conceptions impératives.* Archives de neurologie, janvier 98, p. 14.

Hughes. — *Suicide.* Saint-Louis, 1897, broch. in-8°.
Des impulsions chez les enfants. Discussion à la Société médico-psychologique, 1882 (Magnan).
Iscovesco et Rouillard. — *L'Obsession en pathologie mentale.* Gaz. des hôpitaux, 1896, p. 503.
Iscovesco. — *Trois cas d'impulsion chez des dégénérés.* Annales médico-psychologiques, juillet-août 1898, p. 62.
Jacoby. — Archives de médecine légale russe, juin 1866.
Janet. — *Etat mental des hystériques.* Les stigmates mentaux, 1892.
Janet. — *Névroses et idées fixes.*
Janet. — *L'automatisme psychologique.*
Janet. — *Accidents mentaux des hystériques.*
Journiac. — *Hémorrhagie du noyau lenticulaire, — pas de lésion de la motilité ni de la sensibilité; accès de mélancolie avec impulsions homicides et suicides.* Société médico-psychologique, 23 février 1890.
Jousset. — *De la nature de l'aliénation et de la division naturelle de la folie en formes distinctes.* France médicale, 1865.
Kaan. — *Angoisse neurasthénique dans ses rapports avec les obsessions.* Archives de neurologie, 1894, p. 141.
Klinke. — *Un cas d'hallucinations sensorielles avec obsessions.* Archives de neurologie, 1892, p. 68.
Koch. — *Les idées prévalentes.* Archives de neurologie, janvier 1897, p. 37.
Krafft-Ebing. — *Sur le trouble de l'intelligence par des obsessions d'idées.* Annales médico-psychologiques, 1879, p. 494.
Knapp. — *La nature de la neurasthénie et ses relations avec les terreurs morbides et les idées impiratives.* Boston medical journal, 22 octobre 1896.
Krafft Ebing. — *Folie morale.* (Frudreich's Blätter, 1871)
Krafft Ebing. — *Sur la signification pronostique de la prédisposition héréditaire.* Allg. Zeitschrift fur psych., 1869.
Krafft Ebing. — *Traité de psychiatrie.*
Koch. — *Les idées prépondérantes.* Archives de neurologie, février 1898, p. 156.
Lavoussière. — *Hallucinations succédant à des obsessions.* Archives de neurologie, 1896, p. 33, n° 7. Journal méd. de Bordeaux, 17 mai 1896.
Lagrange. — *Observation de dégénéré héréditaire au point de vue médico-légal.* Congrès de La Rochelle, avril 1893.
Luys. — *Des obsessions pathologiques dans leurs rapports avec l'activité automatique des éléments nerveux.* Encéphale, 1883, p. 20.
Legrain. — *Condamnation d'un aliéné.* Archives de neurologie, 1895, p. 80.
Legrain. — *De l'obsession et de l'impulsion en général et de l'impulsion à*

boire en particulier. Annales de la policlinique de Paris, 1894, p. 204.

Legrand du Saulle. — *De la folie héréditaire*. Gaz. des hôpitaux, 1873.

Lepine. — *Obsessions*. Lyon Médical, 25 juillet 1897.

Legrain. — *Du délire chez les dégénérés*.

Legrain. — *Des impulsions au suicide*. Journal des connaissances médicales, 1886.

Legrain. — *La médecine légale des dégénérés*. Archives d'anthropologie criminelle, 1894.

Lasegue. — *Mélancolie perplexe*.

Ladame. — *L'obsession criminelle morbide*. Congrès d'anthropologie criminelle. Bruxelles, 1892, p. 41.

Legrain. — *De la dégénérescence dans l'espèce humaine, sa définition, ses origines*. Annales de la policlinique de Paris, 1892.

Legrain. — *Les mobiles du crime et le récidivisme chez l'enfant*. Congrès d'anthropologie criminelle, Bruxelles, 1892.

Lasegue. — *Impulsions homicides*. Archives générales de médecine, 1875, vol. I, p. 18.

Legrand du Saulle. — *La folie du doute avec délire du toucher*, Paris 1875.

Legrand du Saulle. — *Les signes des folies raisonnantes*. Gaz. des hôpitaux, 1878.

Lombroso. — *L'homme criminel*, Paris, 1887.

Legrain. — *Art. Impulsion et obsession*, dict. anglais de médecine mentale.

Legrand du Saulle. — *Traité de médecine légale*, 1886.

Legrand du Saulle. — *Etudes médico-légales sur les épileptiques*.

Liegeois. — *Les suggestions criminelles*. Congrès de Bruxelles. Revue de neurologie, 30 octobre 1897, p. 592.

Lauph. — *Une enquête sur le suicide*. Archives de neurologie, p. 96, janvier 1898.

Marillier. — *Du rôle de la pathologie mentale dans les recherches psychologiques (obsessions)*. Revue philosophique, 1893, p. 366.

Mingazzini. — *Sur le collectionnisme (obsessions)*. Revue de neurologie, 1894, p. 375.

Marandon de Montyel. — *Impulsions et obsessions homicides chez un dégénéré*. Annales médico-psychologiques, 1894, p. 458.

Motet. — *Les frontières de la folie*. Encéphale, 1886, n° 2, p. 169.

Blanche, Ball et Motet. — *Rapport médico-légal sur un dégénéré héréditaire*. Encéphale 1886, p. 405.

Mercklin. — *Des relations des obsessions avec la folie systématique paranoia*. Allg. Zeitsch. f. psychiat., XLVIII, 5.

Morel. — *Délire émotif*.

MOREL. — *Maladies mentales*, p. 420.

MOREL. — *Cas d'obsessions* Archives de médecine, 1886.

MOREAU DE TOURS. — *La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire*, 1860.

MOTET. — *Rapport du prix Civrieux.* Bulletin Académie médecine, 5 novembre 1995.

MAUDSLEY. — *Le crime et la folie.*

MAGNAN. — *Dégénérescence mentale et syndromes épisodiques multiples avec délire polymorphe chez un même sujet.* Société biologie, 13 janvier 1894, p. 261.

MAGNAN. — *L'état mental des dégénérés.* Revue scientifique, 14 juillet, 1894, p. 39.

MARANDON DE MONTYEL. — *Sur la folie avec conscience.*

MAUDSLEY. — *Responsabilité criminelle dans ses rapports avec l'aliénation mentale.* In Annales médico-psychologiques, mars-avril 1899, p. 324.

MAC DONALD. — *Le criminel type.*

MARCÉ. — *Traité des maladies mentales.*

MARC. — *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico. judiciaires*, 1840.

MATHIEU. — *Les frontières de la neurasthénie.* Biblioth. Charcot-Debove. Paris, 1892.

MIRAGLIA. — *Rapport sur un cas d'homicide.* Annales médicales-psychologiques, 1885, p. 425.

MAGITOT. — Congrès anthropologque de Rome, 1885.

MANDON. — *Folie instinctive*, p. 110.

MAGNAN. — *De l'enfance criminelle.* Congrès d'anthropologie criminelle. Paris, 1889.

MAGNAN. — *De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.* Archives de neurologie, 1880, p. 57.

MAGNAN. — *Héréditaires dégénérés.* Archives de neurologie, 1892, p. 304,

MAGNAN. — *Recherches sur les centres nerveux.*

MAGNAN. — *Leçons sur les maladies mentales.*

MAGNAN. — *Cas de folie héréditaire. Syndromes épisodiques intéressant successivement diverses régions de l'Axe cérébro-spinal. Coexistence de folie héréditaire, de délire alcoolique et de délire épileptique.* Annales médico-psychologiques. T. II, 1885, p. 235.

MAGNAN. — *Sur l'enfance des criminels.* Congrès d'anthropologie criminelle, Paris, 1889, p. 304.

MOREAU DE TOURS. — *La folie chez les enfants*, 1888.

MAGNAN. — Annales médico-psychologiques, 1885.

MANNING. — Annales médico psychologiques, 1885.

Morel. — *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine.*

Magnan. — *L'obsession criminelle morbide.* Congrès d'anthropologie criminelle, Bruxelles, 1892.

Magnan et Legrain. — *Les dégénérés.*

Marie. — *Etude sur quelques symptômes des délires systématisés et sur leur valeur.* Thèse, Paris, 1892.

Morselli. — *Sur les folies par idées fixes. Sur la paranoia rudimentaire d'origine neurasthénique.* Rivista di frenatria XIII, p. 218.

Magnan. — *Impulsions des aliénés.* Revue de Hayem, 1882, T. I., p. 214.

Mendel. — *Des obsessions.* Revue neurologie, 15 mai 1898, p. 295.

Marty y Julia. — *Obsessions et idées fixes.* Congrès de Moscou, mai 1897.

Magnan. — *Des obsessions en pathologie mentale. Rapport sur le prix Civrieux.* Séance de l'Académie de Médecine du 8 novembre 1898.

Marie et Vigouroux. — *Etude clinique sur l'obsession.* Archives de neurologie, septembre 1898, p. 246.

Mirto. — *Sur les obsessions morbides.* Revue neurologique, 1897, p. 266.

North. — *Crime et folie.* Encéphale, 1886, n° 4, p. 496.

Nicouleau. — *Thanatophobie et suicide.* Annales médico-psychologiques, mars 1891.

Parant. — *La faiblesse d'esprit dans ses rapports avec la responsabilité des actes.* Encéphale, 1886, n° 5, p. 537.

Pick. — *De la conscience dans les maladies mentales.* Encéphale, 1883, p. 370.

Pitres et Régis. — *Obsession de la rougeur* (éreutrophobie). Archives neurologiques, 1897, p. 1.

Pohl. — *Sur la folie impulsive.* Arch. de neurologie, 1883, p. 407.

Pitres et Régis. — *Seméiologie des obsessions.* Congrès Moscou, 1897.

Prince. — *Un cas d'idée impérative (impulsion homicide) chez un neurasthénique sans tare héréditaire.* Boston, Medical journal, 21 janvier 1897.

Powel. — *Impulsions homicides.* Revue Hayem, n° 30, 1887, p. 248.

Perez (B). — *L'enfant de 3 à 7 ans.*

Perez. — *Des trois premières années de l'enfant.*

Parant. — *Des impulsions irrésistibles des épileptiques.* Congrès de Bordeaux 1895.

Proal. — *Le crime et la peine.*

Payen. — Annales médico-psychologiques, 1862, p. 48.

Patterson. — *La responsabilité dans ses rapports avec la folie.* Archives de neurologie, p. 76, janvier 1898.

Roubinovitch. — 2 *Cas d'obsessions*. Archives de neurologie, 1893, p. 261.

Roger. — *Folie du doute*. Encéphale, 1885, p. 47.

Regis. — *Note sur les obsessions anxieuses ou émotives* (délire émotif de Morel. Encéphale, 1885, n° 6, p. 659.

Roubinovitch. — *Idées fixes et obsessions*. Bulletin médical 22 juillet, 1896.

Ribot. — *Hérédité psychologique*.

Ribot. — *Maladies de la personnalité*.

Ribot. — *Maladies de la mémoire*.

Ribot. — *Maladies de la volonté*.

Ribot. — *Psychologie de l'attention*.

Rivière. — *Les obsessions abouliques*. Thèse, Bordeaux, 1891.

Regis. — *Les neurasthénies psychiques*. Journal médical de Bordeaux, 5 avril 1890.

Riant. — *Les irresponsables devant la justice*.

Redon. — *Des modifications à apporter à la situation des aliénés criminels au point de vue pénal*. Thèse, Montpellier, 1898.

Roux. — *Le problème de la responsabilité et l'expertise judiciaire*. Revue de psychologie clinique et thérapeutique, février 1899.

Regis. — *Manuel de médecine mentale*.

Rouby. — *Des aliénés criminels*. Archives d'anthropologie crimin. mai 1894.

Raymond. — *Obsession mentale*. Journal de médecine et chirurgie pratique 1897, p. 809.

Raymond. — *Asthénie psychique et obsessions*. Bulletin médical, 1896, n° 58.

Seglas. — *Des obsessions*. *Leçons sur les maladies mentales et nerveuses*, 1894.

Semal. — *La préméditation*. Congrès d'anthropologie criminelle, 24 août 1896.

Sutherland. — *La folie dans ses rapports avec la responsabilité*. Revue de psychiatrie, avril, 1899 p. 104.

Steward. — *De la folie héréditaire*. Annales médico-psychologie, 1864.

Saury. — *Les dégénérés. Folie héréditaire*.

Seglas. — *Maladies mentales*.

Semal. — *La folie héréditaire*. Encéphale, 1885, n° 6, p. 674.

Seglas. — *De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante*. Annales médico-psychologiques, 1892, p. 123.

Sipp. — *Des aliénés dangereux au point de vue clinique et administratif*. Bulletin médical, 3 mars 1887.

Schule. — *Maladies mentales*.

Stefani. — *Contributio allo studio de neurasthenica fenomeni l'accompagnano*, 1891.

Sturgis. — *De la suggestion pendant l'hypnose comme moyen de modifier ou de chasser une idée fixe.* Medical Record, 17 février 1895.

Stener. — *De obsessione*, 1724.

Sarda. — *Un dégénéré cambrioleur et assassin.* Rapport médico-légal. Nouveau Montpellier Médical 22 et 29 mai 1897.

Sullivan. — *Alcoolism and suicidal impulses. London* 1898.

Soury. — *Théorie des émotions.* Annales médico-psychologiques, 1897. T. II, p. 24.

Thomsen. — *Etude clinique de l'obsession.* Discussion. Archives de neurologie, 1895, p. 402, 1896, p. 143.

Trangott de Breslau. — *Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des obsessions psychiques.* Zeitschrift. für p. Aeizte, 15 janvier 1897.

Trélat. — *Folie lucide.*

Trélat. — *Recherches sur la folie.*

Thomsen. — *Des idées impulsives et des troubles psychiques similaires.* Archiv. für psychiatrie, XXV. II.

Tuke. — *Idées impératives.* Brain, 1886.

Tardieu. — *Etudes médico-légales sur la folie*, 1880.

Tarde. — *Criminalité comparée.*

Tarde. — *Les anciens et les nouveaux fondements de la responsabilité morale.*

Tonoli. — *Contribution clinique sur les rapports entre la paranoia aiguë et les obsessions.* Il manicomio moderno 1898.

Vingtrinier. — *Des aliénés dans les prisons et devant la justice.* Paris, 1853.

Vallon. — *Tentative de meurtre sous l'influence d'une obsession.* Discussion Société médico-psychologique, 25 novembre 1895.

Ventra. — *Les idées fixes impulsives.* Il Manicomio IV, n° 3.

Vallon et Marie. — *Contribution à l'étude de quelques obsessions.* Congrès de Moscou, août 1897.

Vignes. — *Essai sur la folie consciente.* Thèse, Paris, avril 1897.

Wille. — *Contribution à l'étude des conceptions irrésistibles.* Archives de neurologie, 1882, p. 230.

Wernicke. — *Des idées fixes.* Deutch, medicin, Wochenschrift, juin 1892.

Westphall. — *Uber Zwangsvorstellungen.* Archiv. für psychiatrie, 1898.

Zaccanelli. — *Dégénérescence folie et délit.* Rev. neurologique, 1893, p. 425.

TABLE

PARIS

IMPRIMERIE NOIZETTE ET Cie

8, RUE CAMPAGNE-PREMIÈRE, 8